

La Qualité en Action au

Rwanda



Études de Cas



Ministère de la Santé
Rwanda



**PROJET
D'ASSURANCE
DE QUALITE**

TEL (301) 941-8550
FAX (301) 941-8427
www.qaproject.org



Le Projet d'Assurance de la Qualité (PAQ) est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) sous le contrat HRN-C-00-96-90013. Le PAQ assiste des pays réunissant les conditions pour l'obtention de l'aide de l'USAID assistance, des missions et bureaux USAID et d'autres agences ainsi que des organisations non gouvernementales qui coopèrent avec l'USAID. L'équipe PAQ, qui est composée du Center for Human Services (CHS), et de sous-contractants, Joint Commission International (JCI), Université Johns Hopkins (Ecole d'Hygiène et de Santé Publique, Centre pour les Programmes de Communication et le Programme Johns Hopkins pour l'Education Internationale et la Médecine Reproductive), offre son savoir-faire, son expertise technique et les fruits de sa recherche la plus pointue dans la conception, la gestion et la mise en place des programmes d'assurance de la qualité dans les pays en voie de développement. Le Center for Human Services, organisme à but non lucratif de University Research Co., LLC fournit une assistance technique dans le domaine de la recherche, la conception de la qualité, la gestion, l'amélioration du processus et le monitoring pour renforcer la gestion des systèmes de santé ainsi que les services de santé ainsi que les services de santé maternelle et infantile dans plus de 30 pays.

REMERCIEMENTS

La présente collection d'études de cas décrit le travail en assurance qualité exécuté par le Ministre de Santé du Rwanda, avec l'assistance technique de Dr Bruno Bouchet, Dr Maina Boucar et Mr Sabou Djibrina, Conseillers du Projet Assurance Qualité (PAQ) en Afrique.

Ce document a été écrit par Ya-Shin Lin, Spécialiste en Communication et Recherche, PAQ/Bethesda, à partir des discussions eues avec Dr Boucar et Léonard Bagilishya (PAQ/Rwanda) et des entretiens réalisés par PAQ/Rwanda avec le personnel des centres de santé de Tare, Rubona, N'zigé, Mukarangé et le Département des Urgences du Centre Hospitalier de Kigali (CHK). Léonard Bagilishya et David Rutinduka (PAQ/Rwanda) ont facilité la collecte des données manquantes après la visite en équipe sur le terrain. Drs. Bouchet et Boucar ont révisé le document au niveau technique. Elisabeth Monnac l'a traduit en français.

Ce projet n'aurait pas été rendu possible sans l'appui de PAQ/Rwanda.

Ces vifs remerciements vont également à tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à la réalisation de ce travail et plus spécialement aux Cadres de la Direction du Centre Hospitalier de Kigali et de la Direction des Soins de Santé (DSS) du Ministère de la Santé du Rwanda.

Table des matières

Préface

Introduction

Amélioration de l'utilisation des soins curatifs au Centre de Santé de Taré..... 1

Amélioration de taux d'acceptation de la planification familiale au Centre de Santé de
Rubona, District sanitaire de Rwamagana 10

Amélioration de la fréquence de consultations prénatales durant le premier trimestre de
la grossesse au Centre de Santé de N'zige 20

Amélioration de la couverture vaccinale antirougeoleuse au Centre de Santé de Mukarangé 32

Prise en charge des polytraumatisés choqués au Centre Hospitalier de Kigali..... 41

PREFACE

L'amélioration de la qualité par l'identification et la résolution des problèmes en équipe est un des principaux piliers de l'assurance qualité. En effet, le personnel médical, d'hygiène et d'administration, impliqué directement dans la production des soins de santé, y compris parfois les représentants de la population bénéficiaire, forme des équipes multidisciplinaires qui identifient les différents écarts entre les manières de travailler et ce que les normes tant implicites qu'explicites préconisent. Ces équipes utilisent des outils et techniques pour combler ces écarts. Le présent recueil de cas sur les résultats de ces équipes concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge des polytraumatisés choqués pendant les quarante huit premières heures à l'hôpital de référence nationale, l'augmentation de la couverture vaccinale effective de la rougeole qui se fait au huitième mois, l'augmentation de la fréquentation des services de consultation curative et des recettes financières en abaissant les tarifs, et l'augmentation du taux de femmes enceintes consultant au premier trimestre dans trois centres de santé différents.

Ces résultats confirment que la qualité n'est pas toujours liée à l'adjonction de ressources supplémentaires, mais repose souvent sur des mesures simples et peu coûteuses, bien adaptées au niveau de développement de chaque pays.

Cette publication est destinée donc à tout le monde, aux utilisateurs de services de santé qui doivent comprendre comment les soins de santé sont prestés, aux décideurs politiques et planificateurs qui doivent institutionnaliser l'approche, mais surtout aux agents de santé de première ligne dont le devoir de résultat est quotidiennement exigé, et qui par conséquent doivent s'approprier ces résultats concrets.

Le Ministre de la Santé

Dr. Ezéchias RWABUHIHI



Introduction

Le Ministère de la Santé (MS) du Rwanda et ses partenaires au développement conjuguent leurs efforts pour améliorer la qualité des soins et services de santé. La mission USAID au Rwanda soutient le Ministère à travers le Projet Assurance de Qualité (PAQ), exécuté par University Research Co, Center for Human Services (URC/CHS).

Le PAQ applique l'approche Assurance de Qualité (AQ), qui est l'ensemble des activités qui permettent de définir des normes, de mesurer et d'améliorer la performance des services et des prestataires afin que les soins de santé soient aussi efficaces et sûrs que possible. Cette approche repose sur quatre (4) principes:

- La satisfaction des besoins et attentes des clients, ce qui suppose que les prestataires et les patients instituent un dialogue sur leurs besoins et attentes respectifs ;
- Le travail en équipe, qui permet le partage des connaissances et de l'information, et la prise de décisions consensuelles, limitant ainsi la résistance aux changements ;
- L'utilisation des données nécessaires à l'analyse objective des systèmes de soins et de leur performance ;
- L'amélioration continue des processus de soins et de gestion.

Depuis Juin 1998, le PAQ a concentré ses efforts sur six (6) districts sanitaires (Gisenyi, Kibungo, Muhima, Remera, Ruhengeri et Rwamagana), le Centre Hospitalier de Kigali (CHK), le Kigali Health Institute (KHI) et la Division de la Promotion de la Qualité des Soins (DPQS) du Ministère de la Santé. Le PAQ poursuivait 2 objectifs: 1) Démontrer la faisabilité d'améliorations concrètes de la qualité dans un contexte à ressources limitées ; 2) Bâtir les capacités locales à assurer l'intégration et la pérennité des mécanismes d'assurance de qualité dans le système de santé Rwandais.

Au second trimestre de l'année 2002, trente (30) équipes ont complété ou continuent de travailler sur plus cinquante (50) projets d'amélioration de la qualité. Les projets se sont concentrés sur l'amélioration de la performance des services, soit l'augmentation de l'utilisation des services préventifs et curatifs, l'augmentation de la couverture en planification familiale et vaccinations, l'augmentation des revenus, la réduction des temps d'attente des patients, et l'amélioration de la performance clinique des agents de santé (prise en charge des polytraumatisés, des diabétiques, des IRA sévères, et du paludisme).

Les équipes d'amélioration de la qualité sont constituées par les agents travaillant dans les formations sanitaires, et qui ont été formés à la méthodologie de résolution de problèmes en équipe. Cette méthode en 4 étapes génériques (identifier l'opportunité d'amélioration ou le problème, analyser le système, développer des hypothèses de changements, tester les changements et interpréter les résultats) a permis à de nombreuses équipes d'améliorer la performance de leurs services en agissant sur les aspects du système qui sont sous leur contrôle. Les équipes reçoivent le soutien technique de facilitateurs de district formés en techniques modernes de « coaching ».

Ce document présente les résultats de l'application de cette méthode au Rwanda, à travers la documentation détaillée du travail de 5 équipes représentatives de l'ensemble des équipes d'amélioration de la qualité.

Les membres de l'équipe

Thomas Budurégé, titulaire du centre de santé
Rose Uwizeyimana, titulaire-adjointe chargée de la consultation curative
Tharcisse Uwimana, auxiliaire de santé à la consultation curative
Félélicité Mukanyandwi, assistante sociale
Denys Habineza, président du comité de santé représentant la population
Les titulaires des Centres de Santé de Rukozo et de Tumba

Le contexte

Le Centre de Santé de Taré est situé sur une colline dans une région montagneuse, à 13 km de l'Hôpital de District de Nembe. Il dessert une population de plus de 13 500 habitants répartis sur trois préfectures¹. La communauté aux alentours du centre de santé s'implique activement dans la vie de cet établissement. C'est elle qui a construit le centre en 1973-78, un projet organisé par le conseiller du secteur et financé en partie par un homme d'affaires de la communauté. Un comité de santé (COSA) créé il y a cinq ans représente la communauté au centre de santé et se réunit tous les trois mois. Composé d'un délégué élu pour chacun des six secteurs, du titulaire du centre de santé et du caissier, le comité de santé est chargé de la supervision financière de l'établissement, fixant le prix des services de santé et contrôlant le budget. Le comité de gestion du COSA se réunit tous les mois.

Le centre de santé a dix employés: deux personnels infirmiers, une assistante sociale, un auxiliaire de santé, une laborantine, deux agents de santé, un caissier et deux veilleurs. Vers la fin de 1999, deux de ces agents – le titulaire et le titulaire adjointe – ont été initiés aux principes de base de l'Assurance de la Qualité (AQ) et à la méthode de résolution systématique de problèmes en équipe.

En février 2000, deux mois après la formation, les deux agents formés ont décidé de mettre en pratique la méthode de résolution de problèmes en équipe qu'ils avaient apprise. Ils ont commencé en convoquant tout le personnel pour une réunion qui était facilitée par le titulaire du centre.

Identification des possibilités d'amélioration

Durant cette réunion, les deux agents ont présenté les concepts de base de l'AQ au reste du personnel. Ils ont ensuite guidé le personnel à travers le processus d'identification des problèmes. Deux problèmes avaient été soulevés lors d'une enquête d'évaluation de la qualité menée par le Ministère de la Santé Publique (MINISANTÉ) en 1999¹: la longue attente pour les services de soins prénatals et la longue attente pour les services de vaccination. Selon l'évaluation, les femmes venues pour ces services attendaient parfois jusqu'à trois ou quatre heures avant d'être reçues. À ces problèmes, le personnel en a ajouté d'autres qu'il étudiait par la méthode du brainstorming. Pour faire un choix entre tous ces problèmes, le personnel a utilisé une matrice de décision (voir *Tableau 1*). Le faible taux d'utilisation des soins curatifs a été retenu.

¹ Kigali Rural, Ruhengéri et Byumba.

Tableau 1 Matrice de décision utilisée par l'équipe du Centre de Santé de Taré

Problèmes	Critères			Total	Rang
	Fréquent	Grave	Vulnérable		
Faible taux d'utilisation des consultations curatives ²	26	27	27	80	1 ^{er}
Temps d'attente long à la CPN	22	17	21	50	3 ^e
Temps d'attente long à la vaccination	19	22	20	61	2 ^e

Score: 1= faible; 2= moyen; 3= élevé

Le personnel savait que le taux d'utilisation était faible mais il ne disposait pas de chiffres exacts. En conséquence, le personnel a examiné les données du centre de santé relatives au taux d'utilisation des consultations curatives. Pour cela, ils ONT utilisé l'estimation la plus récente de la population dans la région qui figurait dans l'enquête administrative, soit 13 602 habitants. Selon une norme du MINISANTÉ, l'estimation du nombre de consultations curatives par jour pour une population donnée est calculée en supposant que chaque habitant de la zone de rayonnement fait appel au centre de santé une fois par an. Ainsi, la population utiliserait 13 602 consultations cliniques par an.

$$13\ 602 \text{ consultations curatives/an} \div 365 \text{ jours/an}^3 = 37 \text{ consultations curatives/jour}$$

Ensuite, le personnel a calculé combien de clients étaient effectivement traités par jour. Il a trouvé qu'il avait vu en moyenne 7 clients/jour en 1999, environ un cinquième seulement du nombre de patients qu'il aurait dû traiter, selon les normes du MINISANTÉ.

Les deux infirmiers ont ensuite aidé le personnel à définir l'ampleur de l'amélioration qu'il estimait pouvoir obtenir d'ici à la fin de l'année. Ensemble, les membres du personnel ont rédigé une définition opérationnelle du problème (voir Figure 1).

Figure 1 Définition opérationnelle du problème retenu par l'équipe de Taré

Une analyse des comptes rendus mensuels pour 1999 au Centre de Santé de Taré, réalisée en janvier 2000, a révélé un faible taux d'utilisation des soins curatifs. En moyenne, sept clients étaient traités par jour, 19% de la norme du MINISANTÉ (fixée à 37 consultations par jour). Étant donné que les consultations curatives sont une activité importante pour les clients, il convient d'améliorer leur utilisation pour la porter à 54% (20 clients par jour) d'ici à la fin 2000.

Ensuite, le personnel a décidé qui devait être inclus dans une équipe qui s'attaquerait au problème. Dans un premier temps, le personnel était convenu que les agents fournissant des soins curatifs devraient faire partie de l'équipe car ils étaient directement concernés. Il décidait aussi d'inclure l'assistante sociale car elle connaissait dans le détail les besoins des clients du fait de son travail. Pour avoir une perspective extérieure au centre de santé, l'équipe a invité le président du comité de santé à représenter le point de vue de la communauté, ainsi que les titulaires des deux centres de santé voisins.

² L'expression de soins curatifs désigne tous les services des centres de santé qui ne sont pas préventifs.

³ Le dispensaire est ouvert sept jours sur sept.

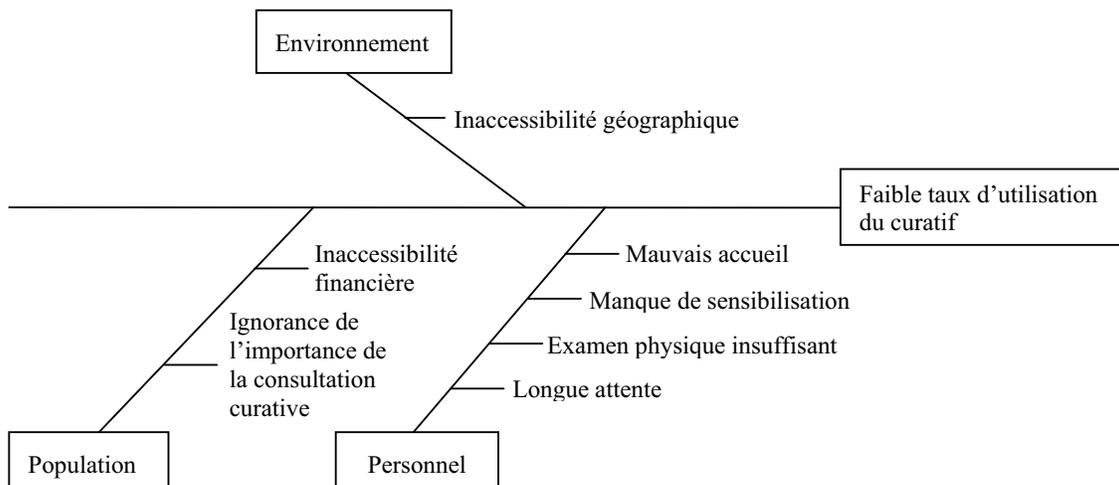
L'équipe a décidé de se réunir tous les vendredis à 15 h pour environ une heure et demie. Le titulaire facilitait les réunions. Un rapporteur prenait des notes lors de chaque réunion dont le déroulement était suivi par un chronométrateur choisi à tour de rôle. Un superviseur au niveau du district et un employé de la Division de la Promotion de la Qualité de la Santé au sein du Ministère de la Santé Publique (MINISANTÉ) assuraient la supervision de l'équipe, en fonction de sa disponibilité et des besoins de celle-ci (une à quatre fois tous les deux mois).

Analyse des possibilités d'amélioration

L'étape suivante consistait à analyser les causes racines du faible taux d'utilisation des soins curatifs pour se faire une meilleure idée de la façon de remédier à la situation. Pour examiner d'abord le problème sous l'angle du système de santé, l'équipe a commencé par dessiner un diagramme de processus afin de représenter l'enchaînement des activités de services curatifs. Durant cet exercice, l'équipe a identifié les étapes du processus qui n'étaient pas claires, pas logiques ou qui, de l'avis du personnel, pouvaient être améliorées. Par exemple, le personnel ne savait pas ce que faisaient les clients entre leur arrivée et le moment où ils étaient vus en salle de consultation. En outre, certains employés estimaient que la causerie collective, qui était dispensée par l'agent de santé lorsqu'il y avait un certain nombre de clients, n'était pas efficace. Par ailleurs, étant donné que le thème de la causerie collective n'avait pas nécessairement trait à la raison de la venue du client au centre de santé, l'équipe reconnaissait le besoin d'une causerie individuelle.

Ensuite, l'équipe a construit un diagramme de cause-effet lui permettant d'organiser logiquement une liste de causes hypothétiques qui pourraient contribuer à expliquer le faible taux de fréquentation. Par exemple, au niveau du personnel, l'équipe pensait que les carences en ce qui concerne l'accueil et la sensibilisation pouvaient contribuer à la faiblesse du taux d'utilisation. L'équipe pensait également que les habitants se heurtaient peut-être à des obstacles tels que l'éloignement du centre de santé et le fait que l'importance des consultations n'était pas comprise (puisque des gens étaient convaincus que certaines maladies ne pouvaient pas être traitées au centre de santé). Qui plus est, le titulaire de l'un des centres de santé des environs faisait observer que les consultations étaient plus chères que dans son établissement.

Figure 2 **Diagramme de cause-effet relatif au faible taux d'utilisation des soins curatifs**



L'équipe a ensuite recherché certaines des causes postulées pour vérifier l'existence de ces obstacles. Pour examiner les causes postulées ayant trait au personnel, elle a observé six séances de consultations curatives. Utilisant un guide provenant de l'enquête de 1999 relative à l'assurance de la qualité, l'équipe a observé la manière dont chaque patient était accueilli, examiné, traité et conseillé à chaque étape du diagramme de processus: accueil, consultation curative, pharmacie, laboratoire et caisse. Suite à ces observations, l'équipe a identifié des faiblesses dans les consultations.

- Trois patients seulement sur 6 étaient examinés convenablement et physiquement
- Dans 4 séances seulement sur 6, le prestataire de santé avait recherché d'autres signes et symptômes
- Le diagnostic n'avait été expliqué à aucun des patients
- Aucun des patients n'avait eu une démonstration de la façon dont il fallait prendre les médicaments
- Des rendez-vous de suivi avaient été donnés à 2 patients seulement sur 6

Lorsqu'on a demandé aux prestataires de santé pourquoi ils n'avaient pas accompli certaines de ces tâches, certains ont répondu qu'ils ne connaissaient pas certaines des normes, d'autres ont dit qu'ils les avaient oubliées.

L'équipe a ensuite décidé d'examiner les causes postulées relatives à la communauté en effectuant une enquête. Le comité de santé a réalisé l'enquête anonyme auprès de 100 ménages de la communauté, utilisant un questionnaire écrit, en kinyarwanda, la langue nationale que la plupart des Rwandais parlent à la maison. L'administrateur de chaque cellule (unité administrative), a effectué l'enquête dans chaque cellule. Étant donné que le centre de santé couvrait 20 cellules, chaque administrateur appliquait le questionnaire à cinq ménages dans les délais fixés par le comité de santé.

Environ un mois plus tard, le comité a obtenu les résultats de l'enquête qui mettaient en lumière les points suivants:

- La majorité des personnes interrogées (90%) se plaignait du coût élevé des médicaments.
- Un petit nombre (3%) estimait que certains problèmes de santé ne pouvaient être traités que par la sorcellerie
- D'autres (4%) estimaient que l'accueil au centre de santé n'était pas bon
- Seul un petit pourcentage de la population (3%) avait répondu "non" à la question "Pouvez-vous vous rendre facilement au centre de santé?"

Le personnel ne s'attendait pas à ces résultats. Alors qu'il pensait que les médicaments étaient onéreux pour certains clients, il ne s'attendait pas que cela constitue l'obstacle majeur. Ainsi, l'équipe a conclu que les deux principaux problèmes auxquels elle devait s'attaquer étaient le non-respect de certaines normes cliniques et l'inaccessibilité financière des médicaments. L'enquête a également permis de mettre en évidence certains des problèmes médicaux qui, de l'avis de certains habitants, ne pouvaient être traités au centre de santé⁴.

⁴ Par exemple, on donnait parfois du lait aux enfants ayant des convulsions pour déterminer s'ils étaient ou non possédés par des esprits. Si l'enfant vomissait, on estimait qu'il était possédé, et il n'était donc pas amené au centre de santé. Selon cette croyance, des injections risquaient de le tuer.

Élaboration et choix de solutions

Fortes des idées obtenues lors de la vérification des causes du problème, l'équipe a formulé des solutions qui remédieraient à chacun des obstacles identifiés:

1- Assurer l'accessibilité financière. Cette action implique:

- (i) une diminution du prix de certains médicaments (par exemple, une baisse de 50% pour le sérum et le cotrimoxazole et de 30% pour la chloroquine) ;

En premier lieu, l'équipe a identifié les médicaments qui étaient le plus utilisés. Pour certains médicaments tels que le Vermox (antiparasitaire) et le Paracétamol (antipyrétique et analgésique), le prix de vente a été ramené au prix d'achat. L'équipe a décidé que, pour de tels médicaments, les bénéfices provenant des consultations, des analyses, des soins prénatals, des accouchements et des hospitalisations compenseraient l'absence de bénéfice sur ces médicaments proprement dits. Sur les autres médicaments, l'équipe a ajouté une marge bénéficiaire de 5% qui, à son avis, était dans les moyens de la population⁵.

- (ii) permettre un crédit à court terme pour les clients qui ne sont pas en mesure de payer le jour de la consultation;

Pour obtenir un crédit, les clients doivent contacter le membre du comité de santé de leur cellule, qui préparera un mot. Le client peut ensuite se rendre avec ce mot au centre de santé pour y recevoir des soins. Cette dette est enregistrée et peut être payée en remboursant le même membre du comité de santé, au plus tard dans un délai de deux semaines. Le *nyumbakumi*⁶ a été chargé du suivi des dettes impayées.

- (iii) établir une liste des ménages indigents dans la zone de couverture; Le *nyumbakumi* propose des ménages pour cette liste en fonction de critères convenus d'avance comme le manque de terres cultivables, pas d'emploi, un âge avancé allant de pair avec des maladies chroniques connues et pas d'enfants, ou les orphelins. Cette liste est compilée par la structure administrative jusqu'à ce qu'elle parvienne au comité de santé.

2- Sensibiliser tout le monde à propos des changements au centre de santé ainsi que des avantages d'avoir recours au centre. Cette sensibilisation s'est faite au moyen d'affiches au centre de santé ainsi que par l'IEC pour:

- (i) le personnel qui était aussi sensibilisé à propos de ses obligations envers le client durant les réunions du personnel;
- (ii) les membres du comité de santé et les animateurs de santé lors des réunions au niveau du secteur, du cellule, et du *nyumbakumi* (le niveau le moins élevé de l'administration locale) ;
- (iii) les autorités politico-administratives des *nyumbakumi*, des responsables de cellules, conseillers et bourgmestre lors de réunions de comité, secteur ou district, et

⁵ Les prix avaient été initialement fixés par le personnel et le comité de santé, sans se préoccuper du pouvoir d'achat de la communauté. En 1997, le centre de santé a été pillé par des rebelles. Des personnels ont été tués, les médicaments et le matériel ont été pris ou détruits. Pour compenser les pertes, le comité de santé a estimé, sans consulter la communauté, qu'il fallait augmenter les prix. Ce sont ces prix que le comité de santé estimait exorbitants ou inaccessibles.

⁶ Le *nyumbakumi* est le représentant de chaque groupe d'environ 10 ménages. Il représente les ménages au niveau de la cellule.

(iv) les responsables religieux au niveau des églises. Cela comprend l'un des centres de santé satellites géré par des religieuses qui font le suivi de la croissance. Les séances de suivi de la croissance sont devenues une occasion de faire de l'IEC afin d'informer la communauté des changements intervenus au centre de santé.

3- **Établir des normes cliniques et les enseigner au personnel** par des discussions de groupe et en affichant ces normes, y compris celles relatives à la manière d'accueillir les clients.

Par exemple, l'équipe a décidé que chaque client devait recevoir un « bon accueil ». Par « bon accueil », on entendait que les patients devaient être traités avec respect, empathie, en utilisant un langage clair et courtois, et qu'ils devaient être orientés vers les services. Auparavant, les patients ne savaient pas où ils devaient se rendre et ils frappaient parfois à une porte de consultation qui n'était pas la bonne. Comme autre exemple, l'équipe a aussi décidé que chaque client devrait recevoir une causerie individuelle, en plus de la causerie en groupe. Une autre norme exigeait du pharmacien qu'il explique au client comment prendre son médicament, ce qui n'était pas fait régulièrement auparavant.

L'équipe a également essayé d'établir des canaux de communication ouverts, dans les deux sens, en installant une boîte à suggestions (voir Figure 3).

Figure 3 **Boîte aux suggestions**



Mise en œuvre des solutions

En mars, l'équipe a entamé la mise en œuvre de différentes solutions dont elle a suivi l'application au moyen d'un graphique de Gantt. Elle s'est rendu compte que le système de la dette et de la liste des indigents marchait assez bien. La plupart des dettes à court terme étaient repayées. La liste des indigents était initialement constituée de 160 personnes. Toutefois, après une période d'essai, l'équipe a décidé de la ramener à environ 30 personnes.

Résultats

L'équipe a suivi les effets de la mise en œuvre des solutions en surveillant des indicateurs de suivi qui comprenaient: 1) les indicateurs des changements mis en œuvre, tels que la diminution des prix (Tableau 2) et les divers efforts de sensibilisation qui avaient lieu tous les mois par rapport au nombre prévu; 2) les indicateurs de résultats tels que le taux d'utilisation; et 3) les indicateurs de la viabilité financière du système (voir Tableau 3).

Tableau 2 Réduction des prix de médicaments par le comité de santé, juillet 2000

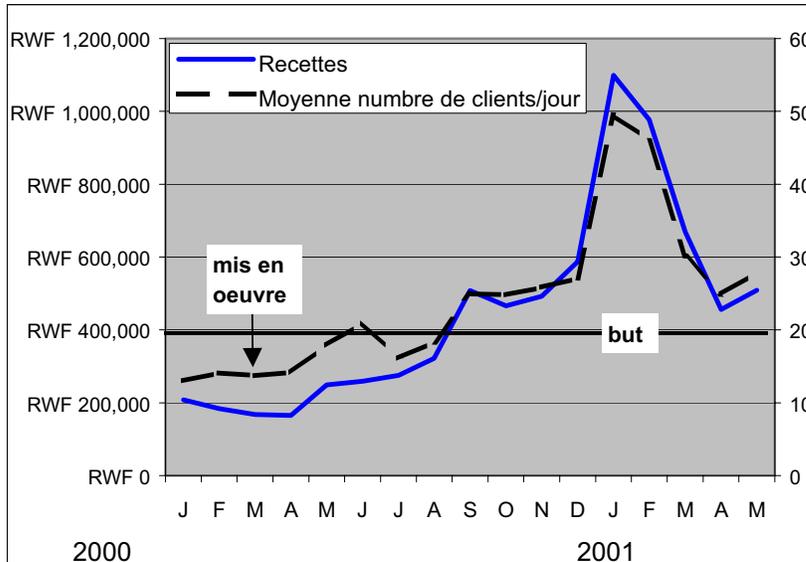
Exemple de produits	Avant réduction	Après réduction	Écart
Sérum (glucose 5%)	1000 FRW	500 FRW	50%
Cotrimoxazole	300 FRW/épisode	150 FRW/cure	50%
Quinine	900 FRW/épisode	600 FRW/cure	33%

Tableau 3 Suivi mensuel des dettes de la communauté envers le centre de santé

	2000									
	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DEC.
Taux de fréquentation du curatif	425/1134 37%	425/1134 37%	555/1134 49%	629/1134 55%	499/1134 44%	568/1134 50%	748/1134 66%	770/1134 68%	775/1134 68%	839/1134 74%
Dettes	7800F	3000F	19900F	17900F	27450F	30050F	25250F	33300F	64300F	57520F
Recettes	168000F	164960F	248915F	259030F	275130F	321800F	507660F	466150F	492380F	587410F
% dettes prises par malades	5%	2%	8%	7%	10%	10%	5%	7%	13%	7%
% malades ayant remboursé	44%	84%	47%	83%	46%	32%	51%	50%	44%	28%

L'indicateur de résultat principal suivi par l'équipe était le nombre de clients que le centre de santé voyait tous les jours (voir Figure 4). Cet objectif a été atteint et dépassé en six mois. Au cours des quatre premiers mois juste après et pendant la mise en œuvre des solutions, le centre voyait en moyenne 14 clients par jour. Pendant la même période un an plus tard, le centre en voyait en moyenne 37 par jour. La dernière année pour laquelle des données sont disponibles (mai 2000 – avril 2001), le centre de santé a vu en moyenne 29 clients par jour.

Figure 4 Utilisation quotidienne moyenne et impact sur les recettes au Centre de Santé de Taré, janvier 2000 – mai 2001



Alors que l'équipe avait pensé terminer l'effort d'IEC en novembre 2000, elle a décidé de poursuivre cette initiative étant donné que tous ses buts n'avaient pas encore été atteints. Grâce à des revenus accrus, le centre de santé a entamé la construction d'une nouvelle aile où se trouveront des chambres privées pour les clients (voir Figure 5). De plus, l'équipe a mené à bien un deuxième cycle d'amélioration de la qualité et elle travaille maintenant sur un troisième cycle. Elle a tiré des enseignements de ses expériences et elle a décidé d'aller plus vite, se réunissant deux fois par semaine pour accélérer le processus.

Figure 5 Nouveau bâtiment en construction (6/01), financé par l'augmentation des recettes consécutive à l'utilisation accrue du centre de santé



Leçons tirées de cette expérience

Voici quelques leçons apprises tirées de l'équipe d'amélioration de la qualité au Centre de Santé de Taré:

- **Les nouvelles équipes de résolution de problèmes peuvent avoir tendance à suivre à la lettre les mesures d'amélioration de la qualité.** Le problème du faible taux d'utilisation ne conduit pas nécessairement à l'établissement d'un diagramme de processus. Si, par le processus de recherche des raisons de la faible utilisation, l'équipe avait appris que les clients trouvaient les services trop lents et trop désorganisés, un diagramme de processus aurait peut-être été justifié. Au lieu de cela, il semble que l'équipe ait dessiné un diagramme de processus schématisant le service car cette procédure avait été présentée durant la formation, et non pas en raison d'une analyse directe du problème par l'équipe. Étant donné que les équipes au Rwanda ont trouvé que la résolution systématique de problèmes en groupe était difficile à conceptualiser initialement, il n'est peut-être pas toujours possible d'éviter que l'équipe n'applique à la lettre la résolution systématique de problèmes en équipe durant son premier cycle. Toutefois, en pareil cas, le cycle devrait être suivi d'une analyse du processus de résolution de problèmes en l'équipe sous la conduite d'un facilitateur. Ainsi, les équipes seraient mieux en mesure de juger de l'utilité d'un diagramme de processus lors des cycles futurs.
- **Le processus qui n'a pas été examiné peut toujours être amélioré.** Grâce à l'analyse du diagramme de processus, l'équipe a modifié la manière dont les causeries étaient menées au centre de santé et elle a amélioré l'orientation des patients à l'accueil. Il en a résulté une diminution du temps d'attente, de trois heures à une heure, au centre de santé. Ainsi, bien que les patients n'aient pas fait spécifiquement de commentaires au sujet du temps d'attente, l'exercice du diagramme de processus a conduit à une amélioration de la qualité des services dont ont bénéficié les clients.
- **L'amélioration de la qualité peut améliorer le dialogue entre les prestataires et la communauté.** Les membres de l'équipe ne s'attendaient pas à ce que le coût élevé des médicaments constitue un obstacle majeur pour la communauté. La leçon qu'elle pourrait en retirer est que le personnel du centre de santé n'a pas toujours conscience des besoins des clients, même s'il travaille avec eux tous les jours. Cette prise de conscience a conduit à l'installation d'une boîte aux suggestions que les clients utilisent depuis pour faire connaître leurs doléances ainsi que leurs félicitations.

"Initialement, je ne me préoccupais que de la présence du personnel au centre. Maintenant, j'ai le sentiment que nous sommes utiles à quelque chose; nous sommes fiers de voir que notre centre de santé est davantage utilisé et que nos clients n'attendent pas."

Titulaire, Centre de Santé de Taré

"J'avais l'habitude de me plaindre d'avoir à venir au centre de santé pour ces réunions, parce que j'habite à trois kilomètres de là. Maintenant [après avoir vu tous les changements qui se sont produits], je ne me plains plus."

Président du comité de santé

ⁱ Kerstiens B. 1999. Rapport *Enquête sur la qualité des soins, districts Muhima et Rwamagana, Rwanda*. Publié par le Ministère de la Santé Publique, Division Promotion Qualité des Soins, en collaboration avec le Projet d'Assurance de la Qualité (PAQ): Bethesda, Maryland, USA.

Les membres de l'équipe:

Néhémie Uwimana, titulaire du centre
Appolinaire Uwimana, infirmière chargé de la planification familiale
Judith Mukarubibi, auxiliaire de santé au laboratoire
Edith Uwanyiligira, auxiliaire de santé à la consultation curative
Antoinette Kantarama, aide-accoucheuse
Annonciate Ntabanganyimana, monitrice nutritionniste
Emmanuel Kimonyo, président du comité de gestion
Amina Kayitesi Amina, accoucheuse traditionnelle

Le contexte

Le Centre de Santé de Rubona est situé à 60 km de la capitale, Kigali, et à 15 km de l'hôpital de référence de district le plus proche, l'Hôpital de Rwamagana. Il couvre une population de 16 630 personnes¹, dont environ 2 700 enfants de moins de cinq ans et environ 3 900 femmes en âge de procréer. La plupart des habitants sont des agriculteurs et certains d'entre eux font aussi du petit commerce puisqu'ils vendent leurs bananes, haricots, patates douces, sorgho, manioc et riz au niveau local. Quelques-uns travaillent pour l'État comme enseignants, administrateurs et infirmiers/infirmières. Le centre de santé a 12 employés, dont deux personnels infirmiers, deux auxiliaires de santé, une aide-accoucheuse, une monitrice en nutrition, un caissier et cinq agents de soutien.

Comme ailleurs au Rwanda, le centre de santé travaille avec un comité de santé, qui a été établi en 1996. Composé de huit membres, le comité de santé est constitué de trois employés du centre de santé et de cinq délégués de secteurs², qui assument par roulement de deux ans les fonctions de président, vice-président, secrétaire et trésorier. Le comité est doté d'un sous-comité exécutif qui se réunit une fois par mois.

En avril 1999, le Ministère de la Santé Publique (MINISANTÉ) a effectué une évaluation de la qualité des soins de santé et des services au centre, avec le soutien du Projet d'Assurance de la Qualité (PAQ). Une année plus tard, en avril 2000, les deux infirmières ont suivi une formation en assurance de la qualité et résolution systématique de problèmes en équipe. Deux jours seulement après la formation, ils ont convoqué une réunion de tout le personnel pour partager leur expérience et initier un cycle de résolution de problèmes.

Identification des possibilités d'amélioration

Pendant la réunion du personnel, les deux infirmiers ont systématiquement expliqué chaque étape du cycle de résolution de problèmes et l'ont immédiatement appliqué avec l'ensemble du personnel. La première activité qu'ils ont menée a été une séance de brainstorming durant laquelle le personnel était invité à faire des suggestions concernant les problèmes du centre de santé auxquels il pourrait s'attaquer en équipe, sur la base de son expérience et de son souvenir des rapports mensuels. Le personnel a identifié quatre problèmes: la faible proportion des accouchements en maternité, la faible fréquentation des soins ambulatoires, le faible taux d'acceptation de la planification familiale et la longue attente pour les consultations de nutrition.

¹ Recensement administratif, 2000.

² Le secteur est une division administrative rwandaise et le délégué de chaque secteur est élu par vote indirect.

Utilisant une matrice de décision, le personnel est parvenu à un consensus sur le poids relatif de chaque problème, lui attribuant un score allant de 1 à 3. Le score de 3 représentait un problème devant être retenu par rapport aux autres (c'est-à-dire, le moins cher, le plus facile à résoudre, le plus sérieux et ayant l'impact le plus important sur la population). Par exemple, alors que le personnel était convenu que les quatre problèmes étaient de difficulté égale et moyenne quant à leur résolution, il estimait que le problème de la planification familiale avait un impact beaucoup plus grand sur la population que les trois autres. Le personnel partait de l'hypothèse que, dans des familles moins nombreuses, la malnutrition serait moindre et les revenus plus élevés. En fait, lorsque tous les scores ont été additionnés, la planification familiale a été identifiée comme le problème sur lesquels l'équipe devait se concentrer.

Lorsque le personnel a examiné le registre des consultations de planification familiale, il a trouvé un taux d'acceptation de 0,8% en 1998; de 1% en 1999³; et en moyenne de 0,75% pour janvier, février, mars et avril 2000, ce qui était très loin de l'objectif national fixé à 25%⁴. Il a ensuite discuté de ce que devrait être son propre objectif et a adopté la moyenne du taux d'acceptation que chaque membre jugeait raisonnable pour les premiers utilisateurs, soit 10%. Il a ensuite rédigé la définition opérationnelle du problème (Figure 1).

Figure 1 Définition opérationnelle du problème

L'analyse du registre des consultations de planification familiale indique un taux d'acceptation faible, bien que ce service soit gratuit (le client n'a rien à payer). Ce taux était de 0,8% en 1998 et de 1% en 1999. Une amélioration de nos services permettrait de porter ce taux à 10% d'ici à la fin 2000.

L'indicateur utilisé par l'équipe pour mesurer le taux était le suivant:

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux utilisateurs de la planification familiale chaque mois}}{\text{Nombre de femmes en âge de procréer}^4/12 \text{ mois}}$$

Une fois le problème choisi, le personnel a décidé quelle serait la composition de l'équipe chargée de résolution du dit problème : les six agents cliniques, ainsi qu'une accoucheuse traditionnelle qui travaillait déjà activement avec le centre de santé, et le président du sous-comité exécutif du comité de santé.

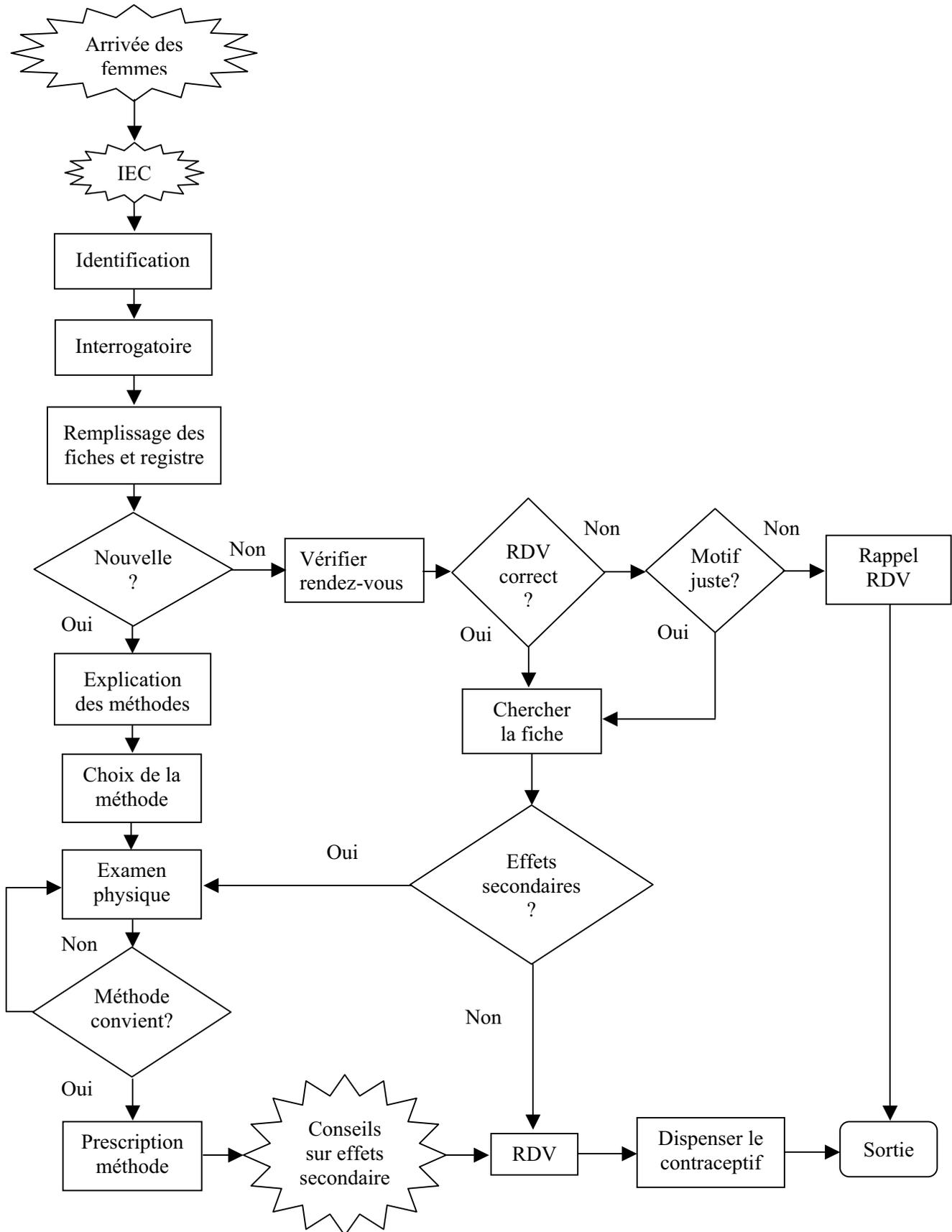
Analyse des possibilités d'amélioration

En mai 2000, l'équipe a entrepris l'analyse du problème, recherchant des idées qui pourraient aider à élaborer des solutions. D'abord, l'équipe a représenté schématiquement, au moyen d'un diagramme de processus, ce qui se passait lorsqu'un client qui se présentait pour recevoir des services de planification familiale pour la première fois (voir Figure 2). Durant la préparation du diagramme de processus, l'équipe a trouvé qu'il y avait deux "nuages" dans son diagramme de processus, ou deux endroits où l'on ne savait pas ce qui se passait, si le processus se déroulait de manière cohérente ou avait lieu systématiquement. Il s'agissait de l'orientation vers l'introduction à la planification familiale et de la causerie sur les effets secondaires.

³ Statistiques données par le centre de santé qui n'ont pas été vérifiées pour cette étude de cas.

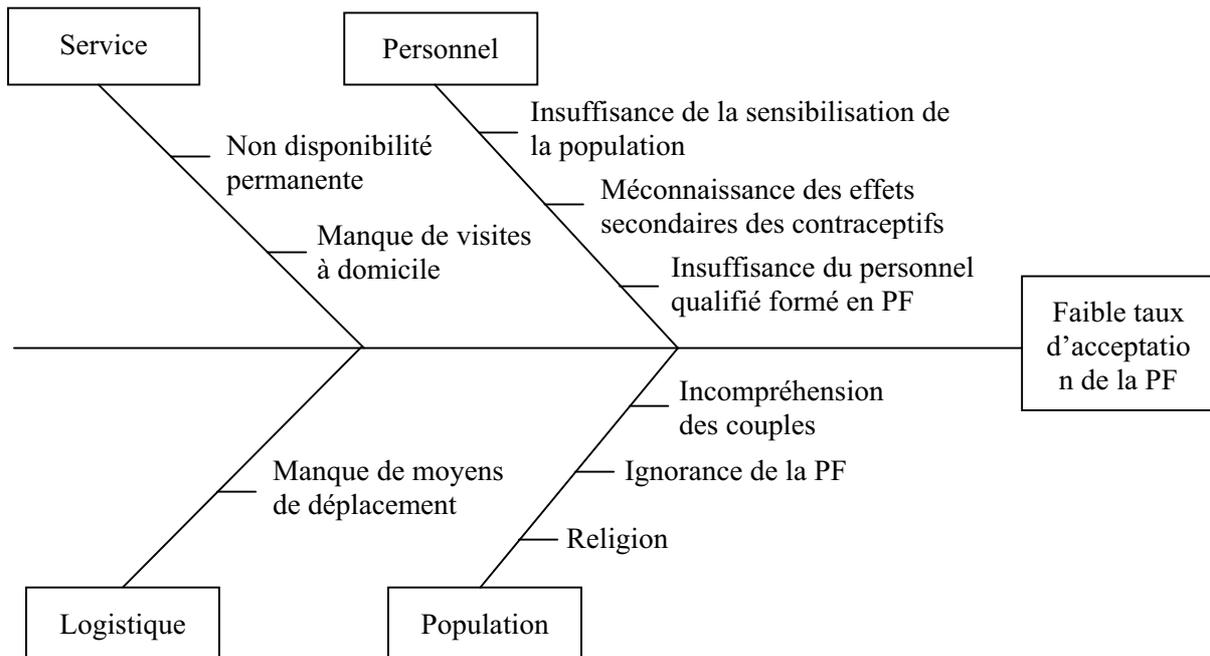
⁴ Dans le même temps, la directive nationale pour estimer la population féminine en âge de procréer était 22% de la population, ou plutôt 3 659 femmes. L'objectif de l'équipe — 10% des femmes en âge de procréer qui utilisent des méthodes de planification familiale — correspondaient à 30 femmes par mois, tandis que l'objectif national de 25% équivalait à 46 femmes.

Figure 2 Diagramme de processus relatif aux femmes utilisant la planification familiale pour la première fois



Ensuite, l'équipe a examiné les idées sur la cause fondamentale du faible taux d'acceptation de la planification familiale et elle a utilisé un diagramme de cause-effet pour organiser ses hypothèses. Elle a trouvé qu'il y avait quatre principales catégories de raisons pour lesquelles les femmes ne venaient peut-être pas au centre de santé pour des services de planification familiale: les services, la logistique, le personnel et la population des clients. La Figure 3 montre le diagramme de cause-et-effet.

Figure 3 **Diagramme de cause-effet relatif aux faibles taux d'acceptation de la planification familiale**



Pour savoir si ces raisons étaient effectivement les causes réelles du problème, l'équipe a testé ses hypothèses. Comme elle avait décidé que les raisons logistiques n'étaient pas de son ressort, elle s'est concentrée sur la population des clients et les raisons personnelles. Concernant les clients, elle a effectué une enquête axée sur trois groupes différents: 20 femmes qui se trouvaient au centre de santé pour des consultations prénatales, 20 femmes qui étaient au centre de santé pour des vaccinations, et 20 hommes qui étaient au centre de santé pour une raison quelconque. L'équipe a préparé les questionnaires qui ont été utilisés (*Appendice I*). Les questionnaires ont été administrés par le personnel sur une période d'une semaine les jours où les services étaient offerts, c'est-à-dire le mardi et le vendredi pour les clients des vaccinations, et le mercredi et le jeudi pour des soins prénatales. Les hommes qui ont été interrogés étaient identifiés où qu'ils se trouvaient au centre de santé. Tous les clients ont été envoyés au bureau des consultations de planification familiale pour répondre aux questions.

Tableau 1 Résultats de l'enquête auprès des clients sur les raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas les méthodes de planification familiale

Question posée	Réponse	Femmes (N=40)	Hommes (N=20)
Quelle est l'utilité de la planification familiale ?	(Réponse correcte)	20 (50%)	12 (60%)
Avez-vous utilisé au moins une fois une méthode de PF ? Si non pourquoi ?	Les hommes ont des objections à ce que les femmes utilisent des méthodes de planification familiale	15 (38%)	
	Les femmes sont responsables de l'échec de l'application des méthodes de planification familiale		6 (30%)
	L'église	5 (12%)	2 (10%)

L'équipe a donc trouvé que plus de la moitié des personnes interrogées disaient ne pas savoir quel était le but de la planification familiale. Plus d'une personne sur trois hommes et femmes interrogés disaient que leur partenaire était le responsable, tandis que près d'un sur huit tenait l'église pour responsable. En outre, tant les hommes que les femmes citaient la perte d'enfants durant la guerre civile comme étant une autre raison pour laquelle ils ne cherchaient pas à obtenir de services de planification familiale – beaucoup voulaient “*recupérer vite les enfants perdus*”.

Pour enquêter sur les causes possibles en rapport avec le personnel, quatre agents de santé ont été interrogés pendant qu'ils effectuaient une séance de planification familiale. L'équipe a trouvé que seulement un agent sur quatre avait effectivement une formation dans ce domaine. En fait, parmi les membres de l'équipe, beaucoup ne connaissaient pas les effets secondaires des contraceptifs. En outre, le centre ne faisait plus de visites à domicile en raison du manque de moyens de transport.

En conséquence, l'équipe a décidé de mettre en œuvre les solutions suivantes:

- 1. Sensibilisation des autorités locales qui sont en contact étroit avec la population.**
Premièrement, l'équipe a discuté de l'importance de la planification familiale avec l'autorité administrative de chaque cellule⁵. En outre, elle a discuté de la nécessité de sensibiliser la population à la planification familiale.
- 2. Fournir une formation continue au personnel et aux animateurs de santé⁵ à propos des méthodes de planification familiale, y compris les normes, l'administration et les effets secondaires.** Étant donné que l'enquête a déterminé qu'il y avait une sérieuse incompréhension concernant la planification familiale, la formation du personnel du centre de santé et des animateurs était la première étape pour s'assurer que la communauté environnante dispose de ressources fiables auxquelles elle puisse faire appel, tant au centre de santé qu'au sein de la communauté. La formation pour les deux groupes a été dispensée séparément, puisque leurs connaissances médicales n'étaient pas les mêmes.

⁵ Le centre de santé couvre 24 unités administratives appelées *cellules*, chacune d'entre elle ayant une autorité administrative et un animateur sanitaire bénévole.

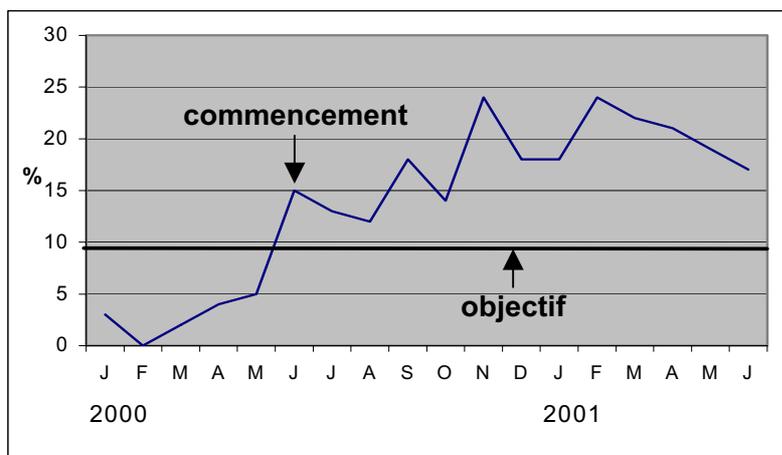
- 3. Sensibilisation de la population concernant l'importance de la planification familiale par le biais de réunions sur la planification familiale au niveau de chaque cellule et par la présentation d'un film vidéo au centre de santé.** Ensuite, l'équipe a organisé une séance informelle de planification familiale au niveau de chaque cellule, qui serait animée par un groupe de trois personnes, à savoir l'un des trois membres du personnel du centre de santé, et l'autorité administrative ainsi que l'animateur de santé de la cellule. Durant la séance informelle, l'équipe de trois personnes a invité des membres de la communauté à regarder des films éducatifs en *Kinyarwanda*⁶ produits par les pouvoirs publics pour mettre en exergue la question de la planification familiale. Le film racontait l'histoire d'un couple qui n'utilisait pas de méthode de planification familiale. Le père se rendait compte qu'il ne pouvait pas donner à ses enfants tout ce dont ils avaient besoin. Après avoir reçu la visite d'une équipe du centre de santé, la mère se rendait au centre en question pour prendre l'initiative de la planification familiale. Pendant le cycle, le film a été montré 16 fois à des clients du centre de santé venus pour des soins prénatals ou des vaccinations, ainsi qu'à d'autres personnes faisant partie de la communauté, chaque fois qu'il y avait un public d'environ 40 personnes.
- 4. Organisation de visites à domicile pour au moins la moitié des ménages du secteur d'intervention.** Pour atteindre les gens qui risquaient d'avoir manqué les séances d'information en planification familiale, l'équipe a organisé des visites à domicile. Une équipe composée d'une infirmière du centre de santé et d'un animateur de santé communautaire avait pour mission de faire le porte-à-porte pour parler avec les gens de la planification familiale. L'équipe de deux personnes pouvait demander au couple s'il utilisait la planification familiale, pourquoi, et pour quelle raison il y avait peut-être renoncé.
- 5. Discuter de la planification familiale avec les responsables religieux.** Étant donné que les convictions religieuses étaient citées comme étant l'une des raisons pour lesquelles les méthodes de planification familiale n'étaient pas utilisées, l'équipe a décidé d'organiser une séance de discussion avec les responsables religieux au centre de santé. L'équipe a rencontré quatre responsables religieux (adventiste, catholique, pentecostal et islamique) pour savoir s'ils étaient pour ou contre l'utilisation de méthodes de planification familiale et pourquoi. L'une des raisons mentionnées était que "Dieu dit à l'homme de croître et multiplier *'comme les grains de sable de la mer'*." D'autres raisons avaient trait aux effets secondaires. Parmi ces raisons, il y avait diverses convictions, par exemple que les méthodes de planification familiale se traduisent par un gain de poids, une perte de poids et qu'elles diminuent la quantité de lait maternel. D'autres disaient que la planification familiale équivalait à tuer des enfants; d'autres encore redoutaient que les implants Norplant, une fois en place dans les muscles, pourrait se perdre dans le corps. Pendant la discussion, le personnel du centre de santé a expliqué les effets secondaires connus dans le domaine de santé publique, et ceux qui étaient sans fondement. Cette discussion a engendré de la part des responsables religieux une plus grande compréhension et un soutien plus appuyé pour la planification familiale, lorsque c'était possible.
- 6. L'intégration des services de planification familiale dans toutes les salles de consultation.** Une fois que l'information sur le but et la disponibilité des méthodes de planification familiale s'est répandue, l'équipe a noté que certaines mères venaient en cachette pour recevoir des services de planification familiale. Cela a amené l'équipe à se rendre compte qu'il était important que les méthodes de planification familiales soient dispensées discrètement. Pour ce faire, l'équipe a intégré les services de planification familiale de sorte que toutes les salles de consultation pour les différents services de santé aient également un stock de produits de planification familiale et que les prestataires soient prêts à les fournir. En d'autres termes, les femmes pouvaient se rendre au centre de santé se plaignant de symptômes du paludisme, et recevoir des services de planification familiale une fois dans la salle de consultation, sans que personne ne le sache.

⁶ Le *Kinyarwanda* est la première langue de la grande majorité des Rwandais. Les films vidéo utilisés étaient *Urugamba Rurakomeye* et *Ndazigarukiye*.

Résultats

L'équipe a entrepris la mise en œuvre des solutions en juin. Elle a commencé par la sensibilisation et la formation. En octobre, elle a démarré les visites à domicile. L'indicateur suivi par l'équipe a montré une augmentation du taux d'acceptation de la planification familiale chez ceux qui l'utilisaient pour la première fois pendant cette période – une tendance qui a continué l'année suivante. Le taux est passé de 0,9% en moyenne pour janvier-avril 2000, à 6,8% pour janvier-avril 2001, soit 7,5 fois plus. Les responsables de deux centres de santé sont venus visiter le Centre de Rubona pour apprendre comment cet établissement était parvenu à accroître ses taux d'acceptation de la planification familiale.

Figure 4. Nouveau taux d'acceptation de la planification familiale au Centre de Santé de Rubona, 2000-1



Plus d'un an plus tard, les services de planification familiale restaient intégrés aux autres services de consultations et la formation continue du personnel et des animateurs de santé communautaires se poursuivait. Le responsable de l'établissement instituait aussi une politique consistant à vérifier avec les clients de planification familiale s'ils avaient besoin de vaccinations ou de soins prénatals, ce qui contribuait à une plus grande intégration des services. On s'est toutefois rendu compte que les visites à domicile étaient trop difficiles à effectuer en raison de problèmes logistiques (manque d'argent et de carburant) et de l'investissement requis de la part du personnel. L'équipe a décidé de renoncer à cette activité après avoir visité moins de 20 foyers.

“Avant le travail d'AQ, le personnel était là à ne rien faire l'après-midi, lorsqu'il y avait moins de clients. Maintenant, les gens cherchent à s'occuper davantage et il est probable qu'ils trouveront quelque chose à faire l'après-midi.”

“Les clientes ont aussi changé; elles commencent à poser des questions sur la planification familiale immédiatement après l'accouchement.”

Infirmière, Centre de Santé de Rubona

Leçons tirées de cette expérience

Voici des leçons apprises du cycle de la planification familiale de l'équipe de résolution de problèmes de Rubona:

- **Le leadership du responsable du centre de santé a largement contribué au succès de l'équipe, ainsi qu'à la rapidité avec laquelle celle-ci a achevé le cycle.** Le responsable a partagé directement son expérience en méthodologie d'amélioration de la qualité avec les autres membres et il a facilité l'organisation de réunions régulières. Ce leadership a également aidé l'équipe à franchir en deux mois toutes les étapes du processus d'amélioration de la qualité (de l'identification du problème, au commencement de la mise en œuvre de solutions).

Une qualité spécifique du responsable qui a particulièrement contribué au succès de l'équipe était simplement *l'intérêt* qu'il portait depuis longtemps à l'amélioration de la qualité des services du centre de santé. Avant le démarrage du travail d'Amélioration de la Qualité (AQ), le responsable avait déjà essayé d'apporter des changements. Par exemple, il avait noté que les enfants qui venaient pour des consultations de nutrition arrivaient en masse, parce que leurs rendez-vous étaient trop rapprochés. Pour atténuer ce problème, il a décidé que les rendez-vous seraient désormais programmés en fonction du secteur géographique des clients. Cette méthode a réduit le temps d'attente qui est passé d'environ quatre heures à une heure. Comme autre exemple, il a établi une liste des enfants qui avaient commencé leurs vaccinations mais qui ne les ont pas finies. Les animateurs de santé ont été chargés de suivre ces enfants. Il en a résulté une augmentation de la couverture vaccinale pour le BCG et la rougeole.

- **La participation de délégués de la communauté (c'est-à-dire de membres qui ne font pas partie du personnel du centre de santé) à l'équipe de résolution de problèmes a facilité l'intégration sociale des solutions et la pérennité des changements.** Par contre, cela a rendu plus difficiles les étapes initiales du travail de l'équipe, étant donné que l'équipe devait s'organiser en tenant compte de la disponibilité des délégués de la communauté qui devaient venir au centre de santé pour les réunions. Au début, le responsable du centre envoyait des rappels aux délégués communautaires trois jours avant chaque réunion hebdomadaire.
- **L'échange d'expériences entre les équipes de résolution de problèmes est une méthode viable pour permettre aux équipes de se mesurer les unes aux autres.** En décembre 2000, les équipes de différents centres de santé ont échangé leurs expériences lors d'une conférence. Le responsable du Centre de Santé de Rubona a trouvé que certaines des solutions pouvaient être directement mises en œuvre à Rubona, comme le système de remboursement des dettes pratiqué au Centre de Santé de Taré.
- **Il faut des solutions créatives pour engendrer un changement plus efficace et plus durable à long terme.** L'équipe est allée au-delà de la sensibilisation de la population cible: elle a changé la façon dont les services sont fournis et elle a initié un dialogue avec les responsables religieux susceptibles d'avoir une influence sur la population. La décision d'intégrer les services de planification familiale aux autres services a découlé de l'observation et de la discussion des besoins des clients entre les membres du personnel.

Appendice I **Questionnaire d'enquête adressé aux femmes sur la PF**

Date :/...../.....

Nom de la femme :

Provenance :

Âge : Nombre d'enfants : Nombre d'enfants < 5ans :

Intervalle d'âge entre les deux derniers enfants :

Situation matrimoniale :

Profession :

Religion :

1. Avez-vous entendu parler de la planification familiale ? Oui _____ Non _____
2. Si oui, quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?
3. Quelle est l'utilité de la PF ?
4. Avez-vous utilisé au moins une fois une méthode de PF ?
5. Si oui
laquelle ? _____ où ? _____
6. Si non pourquoi ?
7. Avez-vous des questions sur la planification familiale ? Oui _____ Non _____
8. Si oui lesquelles ?

Cette page a été délibérément laissée vierge

Les membres de l'équipe

Innocent Kabera, infirmier et titulaire du centre de santé

Innocent Rutoyisire, infirmier et titulaire-adjoint

Mama Véréne, infirmière, chargée de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale (SMI/PF)

Mme Xavérine, assistante sociale

Jeanette Nikuze, réceptionniste/caissière

Véronique Nyirabahutu, accoucheuse traditionnelle

François Kalisa, vice-président du comité de santé et animateur sanitaire

Animateurs de santé communautaires

Le contexte

Situé à 30 km de l'Hôpital de District de Rwamagana, le Centre de Santé de N'zige dessert une population de plus de 24 000 habitants. Environ 75% des habitants se trouvent à plus d'une heure et demie de marche du centre. Comme c'est le cas pour de nombreux centres de santé ruraux du Rwanda, la plupart des habitants de la région sont des agriculteurs qui cultivent des bananes, des bananes-plantain, du sorgho, des haricots et des patates douces, ainsi qu'un peu de café et quelques légumes. La population est répartie sur cinq secteurs (N'zige, Murama, Nyamatete, Gahengeli, Bicumbi) et 11 cellules. Elle comprend, selon les estimations, 4000 enfants de 5 ans et moins, 5700 femmes en âge de procréer et 1050 femmes enceintes.

Construit en 1973, le centre de santé a dix employés dont trois infirmiers/infirmières, deux auxiliaires de santé, une assistante sociale, un aide laborantin, une caissière et deux travailleurs. Le centre de santé dispose de 14 lits, d'une moto et d'une ambulance. Celle-ci a été achetée en 1996 grâce à une initiative de la municipalité qui a demandé à chaque habitant de verser une contribution de 300 FRW¹. Ce véhicule est utilisé quand l'ambulance du district n'est pas disponible pour le transfert de patients vers l'Hôpital de District de Rwamagana, à 30 km de là. Le centre de santé envisage de créer une association d'assurance mutuelle (URAKIRE-TWESE) avec un mécanisme de paiement anticipé pour aider les clients à payer les services reçus.

En décembre 1999, l'un des infirmiers a reçu une formation en Assurance de la Qualité (AQ), et trois mois plus tard c'était le tour d'une deuxième personne. En mai 2000, les deux infirmiers ont convoqué une réunion du personnel pour mettre en place le processus d'AQ. Le personnel a formé une équipe comprenant notamment le président du Comité de santé et a entamé un processus d'amélioration de la qualité pour les services fournis aux clients du centre.

¹ Environ 0.70 dollar US, août 2001.

Identification des opportunités d'amélioration

Durant la première réunion, les deux infirmiers ont expliqué au reste du personnel qu'on allait entamer un cycle d'amélioration de la qualité et ont précisé ce que cela comporterait. Dans le cadre de la première étape du cycle, le personnel a effectué un brainstorming sur les problèmes auxquels le centre de santé devait s'attaquer. À l'issue d'une discussion, le personnel a décidé que, étant donné que certains problèmes avaient leur origine en dehors du centre de santé, les animateurs de santé devaient être invités à participer au brainstorming. Une autre réunion a alors été organisée avec à la fois le personnel du centre de santé et une délégation de trois animateurs de santé pour étudier la liste complète des problèmes se posant pour les deux groupes. Trois problèmes principaux ont été identifiés: le faible taux de fréquentation des services ambulatoires, le faible taux d'utilisation des consultations prénatales (CPN), et l'absence de consultations post-natales. Pour choisir le problème sur lequel il se concentrerait en premier, le personnel a utilisé une matrice décision (*voir Tableau 1*). Le faible taux de fréquentation des services de consultations prénatales durant le premier trimestre de la grossesse a ainsi été retenu.

Tableau 1 **Matrice de décision pour la hiérarchisation des problèmes**

Problèmes	Critères				Total	Rang
	Fréquent	Grave	Vulnérable	Impact sur les clients		
Faible taux d'utilisation des consultations curatives	2	2	1	2	7	2 ^e
Faible taux d'utilisation des services de consultations prénatales durant le premier trimestre	1	3	2	2	8	1 ^{er}
Pas de consultations post-natales	1	1	1	1	4	3 ^e

Score: 1=faible; 2=moyen; 3=élevé

Une fois le problème choisi, le personnel a rédigé une définition opérationnelle du problème qui a précisé la manière dont celui-ci devrait être mesuré. Il a décidé que son objectif serait d'atteindre un taux d'au moins 20% d'ici à décembre 2000, puisqu'on partait de taux de fréquentation très faibles (comme le montre la Figure 1).

Figure 1 **Définition opérationnelle du problème**

Une analyse des rapports d'activité mensuels et des registres des consultations prénatales de janvier à avril 2000 au Centre de Santé de N'zige a mis en évidence une fréquentation faible des services de consultations prénatales par les femmes au premier trimestre de leur grossesse. En fait, en 2000, nous avons constaté qu'aucune femme sur un total de 73² (0%) n'était venue pour sa première consultation en janvier, qu'une femme sur 99 était venue en février (1%), puis une sur 78 (1,3%) en mars et aucune sur 64 (0%) en avril, alors que l'objectif national était de 100%. Tenant compte de la faiblesse de ces chiffres et de l'importance des CPN pour la femme et son futur enfant, nous avons confirmé qu'il fallait obtenir une amélioration pour porter la fréquentation à au moins 20% d'ici à décembre 2000.

Les employés ont ensuite identifié les personnes directement impliquées dans les consultations prénatales (CPN), étant donné que ces personnes formeraient l'équipe d'amélioration de la qualité qui s'attaquerait au problème. Ils ont décidé d'inclure les trois infirmiers puisqu'ils assuraient tous des CPN; l'assistante sociale qui aiderait à sensibiliser et à suivre les clientes des CPN; la réceptionniste qui dirigerait les femmes à leur arrivée; une accoucheuse traditionnelle; et un animateur de santé communautaire qui faisait également partie du comité de santé. Le personnel a défini aussi les rôles spécifiques des membres de l'équipe: le titulaire serait le coach et le superviseur, tandis que le deuxième infirmier ayant également eu une formation en AQ ferait office de facilitateur. En outre, deux autres membres de l'équipe auraient respectivement le rôle de chronométreur et de rapporteur.

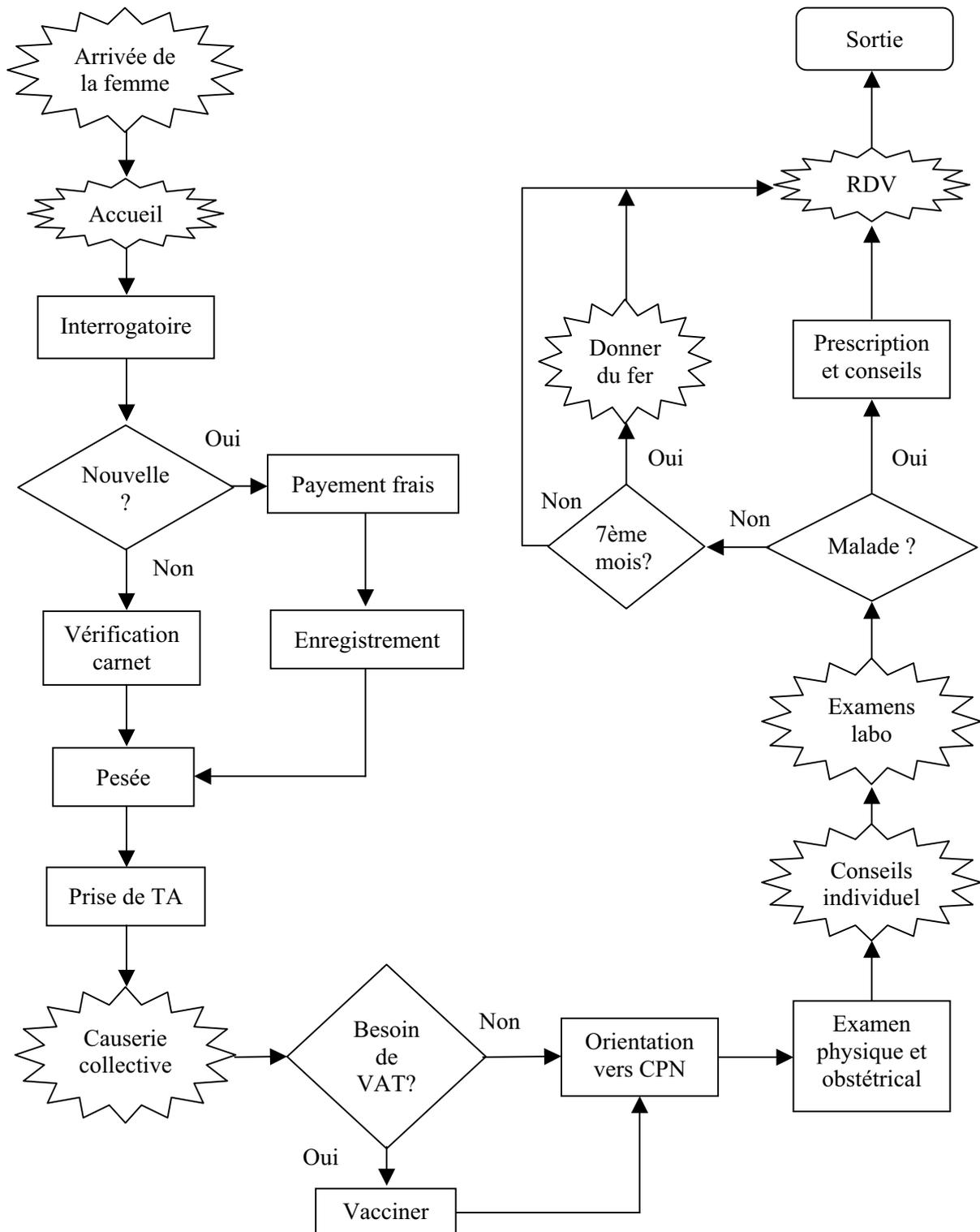
Au cours des mois suivants, l'équipe s'est réunie régulièrement pour voir comment il serait possible de remédier au problème de la faible utilisation des CPN. Dans un premier temps, elle s'est réunie toutes les semaines ou tous les quinze jours. Toutefois, plus tard dans le cycle, grâce aux visites de supervision et de coaching au niveau du district, elle se réunissait tous les mardis et vendredis après-midi.

Analyse des possibilités d'amélioration

Vers la fin mai 2000, la nouvelle équipe a tenu une réunion pour analyser le problème. La première étape consistait à représenter le processus des consultations prénatales au moyen d'un diagramme de processus. Cette tâche s'est avérée plutôt difficile car cette technique était nouvelle pour l'équipe. La Figure 2 reproduit le diagramme de processus qui a été construit. Chaque étape représentée par un nuage illustre une étape qui n'était pas claire, qui n'était pas logique ou qui simplement devait être améliorée. Par exemple, "l'arrivée de la cliente" est entourée d'un nuage car les patients n'arrivaient pas – les membres de l'équipe supposaient que cela était dû à une sensibilisation insuffisante de la part du personnel ainsi qu'à un manque de compréhension, au sein de la communauté, de l'utilité des CPN. La causerie étaient également représenté par un nuage car certains membres de l'équipe faisaient une causerie individuel, tandis que d'autres faisaient une causerie en groupe. En d'autres termes, il n'y avait pas de consensus sur la façon dont la causerie devait se faire.

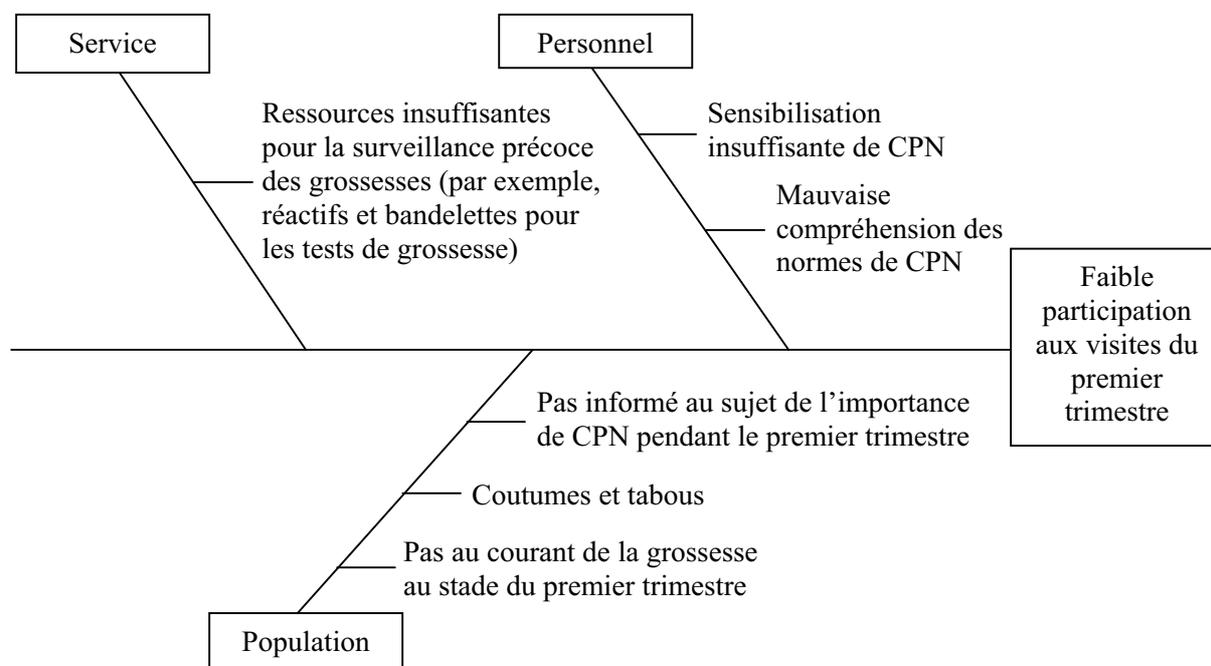
² L'équipe a utilisé l'indicateur suivant :
$$\frac{\text{nombre de premières consultations prénatales de femmes au premier trimestre de leur grossesse}}{\text{nombre total de premières visites pour des consultations prénatales}}$$

Figure 2 Diagramme de processus des services de consultations prénatales du premier trimestre au Centre de Santé de N'zige



Ensuite, l'équipe a formulé des hypothèses pouvant expliquer le faible taux de fréquentation des visites de CPN. Elle a ensuite organisé les causes possibles obtenues par le brainstorming en utilisant un diagramme de cause-effet (Figure 3).

Figure 3 Diagramme de cause-effet pour les services de consultations prénatales, Centre de santé de N'zige



Deux infirmiers et l'assistante sociale ont alors vérifié les causes possibles générées par le brainstorming en effectuant une enquête auprès de 100 femmes. Cela s'est fait en deux étapes. Tout d'abord, pendant une période de deux semaines, 60 femmes qui avaient déjà eu au moins une grossesse et qui se trouvaient au centre de santé pour une vaccination ou une consultation prénatale ont été interrogées. L'enquête a montré que:

- 48 femmes (80%), comprenaient mal les avantages de la consultation prénatale durant le premier trimestre de la grossesse ;
- 9 sur 60 (15%) déclaraient qu'elles ne savaient pas grand chose de ce genre d'activité pendant le premier trimestre de la grossesse ;
- 3 sur 60 (5%), mettaient en avant des questions ayant trait aux traditions ou à des tabous sociaux.

Dans une deuxième phase, 40 femmes ont été interrogées par l'accoucheuse traditionnelle et l'animateur de santé communautaire dans le secteur de Murama³. Les mêmes tendances ont été observées, à savoir que la raison essentielle de l'absence de CPN durant le premier trimestre de la grossesse tenait au manque d'information sur les avantages de la consultation prénatale. À son retour de Murama, l'équipe a rapporté qu'elle aurait été mieux accueillie par la communauté si elle avait été accompagnées d'un infirmier du centre de santé.

³ Situé à environ 4 km du centre de santé, Murama, est l'un des secteurs les plus éloignés. Il a été choisi pour l'enquête sur la communauté précisément parce que l'équipe trouvait que les habitants de Murama n'avaient pas été représentés dans la première partie de l'enquête sur les 60 femmes.

Amélioration de la fréquence des consultations prénatales durant le premier trimestre de la grossesse au Centre de Santé de N'zige

Enfin, le titulaire et un autre infirmier ont observé 10 consultations prénatales habituellement données par une infirmière et une auxiliaire de santé travaillant ensemble. Ils ont observé les séances en utilisant une liste de contrôle des normes minimales pour les consultations prénatales qu'ils avaient établie à partir d'une évaluation de la qualité ayant eu lieu en avril 1999 (voir le guide d'observation figurant à l'Appendice I). Le personnel était observé à son insu. Les résultats de ces observations sont présentés en Figure 4.

Figure 4 **Quelques résultats des observations des consultations de consultations prénatales.**

- 1 femme sur 10 n'a pas été saluée par l'agent de santé
- Aucun carnet de santé n'a été vérifié pour obtenir des renseignements
- Aucune femme n'a fait l'objet d'une vérification de son statut vaccinal
- 7 femmes sur 10 n'ont pas été référées vers la vaccination
- 5 femmes sur 10 n'ont pas été soumises au test de détection de l'œdème pré-tibial
- 9 femmes sur 10 n'ont pas fait l'objet d'analyses de laboratoire (albumine, glucose)
- 5 femmes sur 10 n'ont pas reçu une prescription de fer et d'acide folique
- Aucune femme sur 10 n'a reçu des conseils adéquats concernant les signes de danger en rapport avec la grossesse qui exigent des soins médicaux immédiats

La Figure 4 montre de nombreux points pouvant être améliorés qui ont été détectés grâce aux observations. En outre, durant leurs conversations avec les clientes venues pour des consultations prénatales, l'équipe a appris d'autres préoccupations de la clientèle. Par exemple, elle a été surprise de découvrir que les clientes estimaient que le temps d'attente pour les consultations prénatales était trop long.

Élaboration et choix des solutions

En juin, l'équipe s'est réunie et tous les membres ont suggéré des stratégies basées sur les informations recueillies. L'équipe a fait la liste de toutes les solutions proposées, en a discuté et a décidé de mettre en œuvre les 5 solutions qui avaient été discutées. On trouvera ci-dessous une synthèse des cinq interventions principales:

1. Une sensibilisation continue sur l'importance de la CPN durant le premier trimestre pour:
 - Les clientes, tant par un causerie individuel que par des exposés d'éducation pour la santé en groupe, au centre de santé, sur les avantages de la consultation prénatale durant le premier trimestre de la grossesse (plus de détails sont donnés au point n° 4).
 - Les autorités locales qui, à leur tour, sensibiliseront leurs communautés respectives sur l'importance des consultations prénatales précoces, deux fois par mois.
 - Les accoucheuses traditionnelles, afin qu'elles puissent conseiller les femmes pour ce qui est de l'importance des consultations prénatales et accroître leur participation aux soins dispensés aux femmes enceintes, une fois par mois.
 - Les animateurs de santé communautaire, par le biais des réunions des cellules, pour encourager les femmes à venir tôt durant leur grossesse pour des CPN, une fois par mois.
2. La formation continue du personnel en ce qui concerne les normes des consultations prénatales. L'équipe a préparé ainsi le programme de formation.
3. Les visites à domicile effectuées par une équipe constituée d'un personnel infirmier et de l'assistante sociale dans des communautés éloignées, en moto deux fois par mois.

Amélioration de la fréquence des consultations prénatales durant le premier trimestre de la grossesse au Centre de Santé de N'zige

4. Améliorer le déroulement de la consultation prénatale:
 - Évaluation systématique pour toutes les clientes, y compris examen systématique des signes vitaux, prise de la tension artérielle et mesure de la taille. Auparavant, certains de ces gestes n'étaient effectués que pour les nouveaux cas.
 - Analyses de laboratoire systématiques, notamment test de grossesse, albumine, glucose pour toutes les nouvelles clientes. Auparavant ces analyses n'étaient effectuées que pour les femmes présentant certains signes de risques, comme les chevilles gonflées ou un œdème.
 - Prise en charge immédiate des clientes à leur arrivée, pratiquement toutes recevant un causerie individuel. Cette mesure répondait aux plaintes des patientes concernant le temps d'attente. Auparavant, les clientes devaient attendre qu'il y ait un groupe suffisamment important pour qu'un exposé d'éducation pour la santé soit donné.
 - Augmenter la fréquence des exposés d'éducation pour la santé. Leur nombre passerait de 2 à 3 par semaine pour les clientes lors des séances de CPN et de vaccination. Auparavant, les exposés d'éducation pour la santé n'avaient pas lieu régulièrement, au maximum une fois par semaine et seulement les jours où des services de CPN étaient offerts au centre de santé. L'équipe a organisé un nouvel horaire pour les exposés d'éducation pour la santé qui auraient lieu au moins les lundis (jour de vaccination) et les jeudis (jour des CPN). Les sujets traités étaient les suivants: importance des CPN, importance de la vaccination antitétanique et du calendrier des vaccinations, hygiène de la femme enceinte, causes et prise en charge des avortements, causes et prise en charge des accouchements prématurés, évolution d'une grossesse normale et préparation à la grossesse.
5. Doubler le nombre d'agents affectés à la séance des consultations prénatales (qui a lieu une fois par semaine). Ce nombre passerait à trois ou quatre afin de réduire le temps d'attente et d'absorber la charge de travail supplémentaire.

Mise en œuvre des solutions

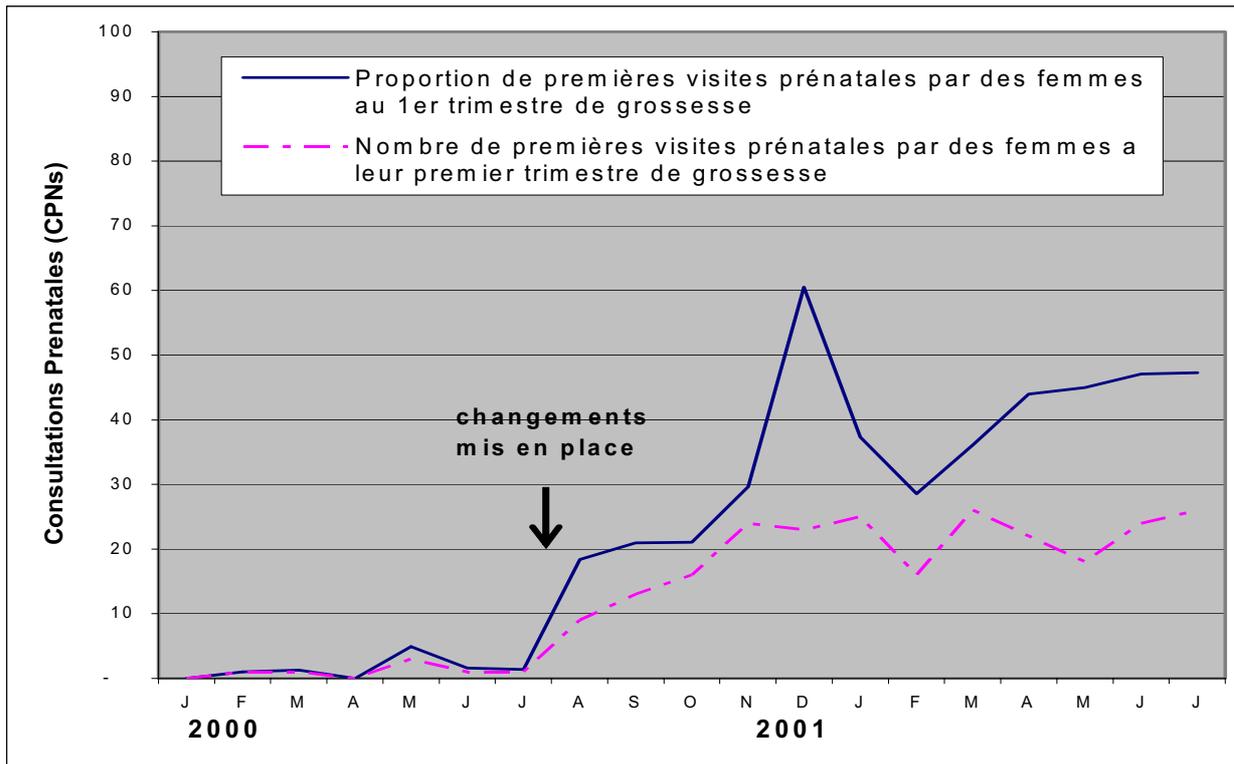
En juillet 2000, l'équipe a entamé la mise en œuvre des solutions selon un plan rigoureux. En plus de l'indicateur des visites prénatales au premier trimestre, l'équipe a suivi également des indicateurs relatifs à l'application des solutions, tels que les exposés mensuels d'éducation pour la santé qui ont lieu (sur huit séances prévues), le nombre de femmes ayant reçu une visite à domicile chaque mois, et la couverture prénatale en général.

L'équipe a trouvé que la mise en œuvre de chaque solution variait souvent dans le temps. Par exemple, durant les premières visites à domicile, l'équipe de deux personnes s'est rendue chez chaque femme, faisant le porte-à-porte, dans un secteur limité, ce qui n'était pas très efficace étant donné que de nombreuses femmes visitées n'étaient pas enceintes. Plus tard, le personnel a commencé à demander aux clientes de CPN au centre de santé de sensibiliser les autres femmes concernant l'importance de la CPN durant le premier trimestre et le calendrier des visites à domicile. Bientôt, il a pu donner des consultations prénatales à 10-15 femmes lors de chaque sortie. De même, la formation du personnel a évolué dans le temps. Initialement, le plan prévoyait que l'infirmier ayant le plus d'expérience en CPN formerait le reste du personnel du centre de santé une fois par semaine. Au bout d'un certain temps, cela s'est transformé en un rôle de supervision informel pour l'infirmière de CPN qui démontrait également à ses collègues la méthode à suivre, si elle remarquait des pratiques inhabituelles parmi ses collègues. Un an plus tard, après la mise en œuvre initiale des solutions, toutes les activités se poursuivaient, même si elles ne tournaient pas à plein régime. Les visites à domicile avaient lieu environ une fois par mois, et les exposés d'éducation pour la santé se déroulaient à hauteur de 75%.

Résultats

Un mois plus tard, l'équipe a trouvé que 19% des femmes qui venaient pour leur première consultation prénatale au centre de santé en étaient au premier trimestre de leur grossesse. Étant donné que l'objectif initial de l'équipe était de 20%, elle a décidé de porter cet objectif à 50%. En décembre, même l'objectif révisé avait été dépassé.

Figure 5 Proportion de consultations prénatales (CPN) du premier trimestre, Centre de santé de N'zige



En plus, l'équipe estimait qu'elle avait réduit le temps d'attente qui était de 3-4 heures, pour le ramener à 30 minutes-1 heure. Les clientes ont également remarqué ces changements, comme le montre la forte augmentation du nombre des femmes venant au centre de santé pour des consultations prénatales au premier trimestre de leur grossesse. En fait, le centre de santé commence à recevoir des femmes qui viennent de la zone de couverture d'autres centres de santé et qui ont entendu dire qu'il y avait moins d'attente au Centre de Santé de N'zige. En outre, après avoir procédé à un brainstorming sur les moyens de réduire le temps d'attente pour les consultations prénatales, l'équipe a appliqué des changements similaires à la salle de vaccination, diminuant l'attente là aussi.

Encouragée par les résultats de ce cycle de résolution des problèmes, l'équipe a décidé d'entamer un second cycle. Le problème suivant qu'elle a choisi en 2001 était le niveau élevé des décès en rapport avec le paludisme.

Leçons tirées de cette expérience

Voici quelques-uns des enseignements tirés de l'équipe de N'zige:

- **Effectuer des observations du personnel à son insu lors des consultations en utilisant une liste de contrôle clinique était une méthode facile pour identifier les points à améliorer.** Les propos du titulaire en attestent: *“Nous pensions exécuter les activités correctement mais, après l’observation des 10 femmes, nous avons vu que les services n’étaient pas de bonne qualité, ce qui pouvait peut être joué un rôle dans la faible fréquentation des visites prénatales du premier trimestre par nos femmes.”*
- **La résolution systématique de problèmes en équipe peut être initialement difficile à comprendre pour le personnel du centre de santé.** Comme avec les autres équipes au Rwanda, l'apprentissage semble être particulièrement difficile pour les équipes qui s'attaquent à leur premier problème. Les deux personnels ayant reçu la formation initiale ont signalé qu'il était très difficile d'expliquer au reste du personnel ce qu'était la résolution systématique des problèmes en équipe. De ce fait, il a été difficile de motiver le personnel, de sorte que le travail a progressé plus lentement au début. Les personnels estiment que davantage de supervision aurait été bénéfique, surtout durant les premières étapes du travail.

Pour donner un autre exemple, *toutes* les équipes qui ont reçu la visite du personnel du PAQ en août 2001 ont établi des diagrammes de processus pour décrire le processus relatif au problème qu'elles avaient choisi, indépendamment de la nature du problème. Cela semble suggérer que les équipes ont tendance à appliquer à la lettre les outils communiqués durant la formation, particulièrement lorsque la résolution des problèmes en équipe est quelque chose de nouveau pour elles. Par exemple, pour l'équipe de N'zige, un diagramme de processus relatif au service ne cible pas directement la question de savoir pourquoi les femmes ne viennent pas au centre de santé pour des consultations prénatales durant le premier trimestre de leur grossesse. Il serait raisonnable de supposer que la cause essentielle de ce problème se situe avant le moment où la cliente arrive au centre de santé. Toutefois, la représentation du diagramme de processus a tout de même été utile au personnel étant donné qu'il a concentré l'attention sur les étapes à améliorer. Même s'il ne s'agit pas d'une cause fondamentale, l'amélioration de la qualité des services aiderait habituellement à la rétention des clientes. Enfin, la synthèse des leçons apprises à la suite de chaque cycle de résolution de problème serait une méthode importante pour réduire le risque d'un tel hiatus apparent entre le problème et l'analyse lors de cycles ultérieurs.

- **L'inclusion de membres de la communauté au sein de l'équipe facilite le travail avec la communauté.** Étant donné que l'un des éléments majeurs de la solution des équipes était de sensibiliser la communauté au sujet de l'importance des consultations prénatales précoces, le fait d'avoir un agent d'un comité de santé/animateur de santé et une accoucheuse traditionnelle au sein de l'équipe a facilité grandement la mise en œuvre d'une campagne d'éducation pour la santé au niveau communautaire. Bien qu'il ait été parfois difficile pour les deux membres de la communauté d'assister aux réunions puisque cela nécessitait qu'ils viennent au centre de santé, leur participation a facilité une bonne partie du travail ultérieur.
- **Lors de l'apprentissage de la méthode de résolution systématique des problèmes en équipe, l'application de nouveaux concepts aide immédiatement les équipes à apprendre plus rapidement.** Le cycle entier à N'zige a été court. Il a pris environ deux mois, de la première réunion au début de la mise en œuvre de solutions. Néanmoins, les deux infirmiers ayant reçu une formation en assurance de la qualité estimaient que si le cycle avait été initié *immédiatement* après la formation, le processus aurait été beaucoup plus efficace. Ils pensaient qu'il en était de même pour les visites de coaching – à savoir que les commentaires écrits donnés par le coach devraient être passés en revue dès que possible par l'équipe.

- **L'un des avantages du travail en équipe est de pouvoir cerner les connaissances, l'expérience et les idées des membres de l'équipe.** L'équipe de N'zige semblaient travailler très bien en tant qu'équipe. Lorsqu'elle a été interrogée pour cette étude de cas, elle a choisi d'être représentée par trois de ces membres. Cela laissait à penser qu'il conviendrait de former davantage de membres de l'équipe en assurance de la qualité et même de suggérer des corrections à l'équipe plutôt qu'à des membres de celle-ci individuellement. L'encadré ci-dessous regroupe quelques citations provenant de l'équipe.

Lorsqu'on travaille en équipe, il y a davantage de résultats

Il y a toujours des opinions différentes, donc on trouve les solutions plus facilement

... travailler en équipe facilite le travail à exécuter, (parce que) le travail est partagé par tous, la richesse de connaissances est partagée

En outre, travailler en équipe renforce également les liens d'amitié: on se sent à l'aise; il n'y a pas de complexe d'infériorité ou de supériorité

Appendice I Guide d'observation et résultats des 10 consultations observées

	OUI
RÉCEPTION: L'agent de santé a-t-il :	
1.Salué poliment la cliente ?	9/10
2.Demandé la raison de la visite ?	10/10
3.Demandé l'âge de la cliente ?	10/10
4.Demandé le carnet de CPN ?	10/10
5.Consulté le carnet pour chercher les informations ?	0/10
STATUT VACCINAL : L'agent de santé (AS) a-t-il :	-
6.Vérifié le statut vaccinal de la femme ?	0/10
7.Déterminé que la femme avait besoin du vaccin ?	10/10
8.Référa la femme à la vaccination ?	3/10
CONSULTATION : L'agent de santé a-t-il :	-
9.Posé au moins deux questions en rapport avec les antécédents obstétricaux en cas de première visite CPN ?	9/10
10.Pris la tension artérielle (T/A) ?	10/10
11.Recherché la présence d'un œdème pré-tibial (en touchant) ?	5/10
12.Préscrit des examens de laboratoire de routine (albumine) ?	1/10
DIAGNOSTIC DE GROSSESSE À RISQUE :	
13.L'AS a-t-il identifié une femme ayant des signes de grossesse à haut risque ? Si oui, aller à la prise en charge.	10/10
14.Si oui, a-t-il identifié les facteurs de risque conformément à l'ordinogramme ?	10/10
15.L'AS a-t-il expliqué le diagnostic de grossesse à risque à la cliente ?	10/10
16.L'AS a-t-il donné des conseils sur la conduite à tenir ?	7/10
PRISE EN CHARGE.	
17.Est-ce que l'AS a administré ou prescrit à la cliente du fer et de l'acide folique ?	5/10
18.Autres traitements (préciser) :Buscopan, Paracetamol ?	3/10
19.L'AS a-t-il identifié un ou plusieurs signes de danger ?	7/10
20.Si oui, la cliente a-t-elle été aiguillée vers un autre niveau de soins ?	10/10
21.Si non pourquoi ?	-
COMMUNICATION. Est-ce que l'AS a :	
22.Expliqué à la cliente quand revenir pour la prochaine CPN ?	10/10
Est-ce que l'AS a dit de revenir pour les signes suivants :	0/10
23.Saignement ?	
24.Céphalées /Troubles de la vision ?	0/10
25.Œdème des jambes ?	0/10
26.Fièvre élevée ?	1/10
27.Demandé à la femme où elle compte accoucher ?	6/10
28.Discuté l'organisation d'un plan d'évacuation d'urgence ?	8/10
29.Parlé de l'importance du vaccin antitétanique et du Programme Élargi de Vaccination pour l'enfant ?	9/10
30.Posé une question ouverte pour vérifier si elle a compris ?	8/10
31.Demandé à la cliente si elle a des questions ?	9/10

Cette page a été délibrement laissé vierge

Les membres de l'équipe

Samuel Ruzindana, infirmier A2 nurse, titulaire
Célestin Mutsinzi, auxiliaire de santé
Colette Mukagatsinzi, auxiliaire de santé
Flaura Mukakamanzi, assistance nutritionniste
Prudencienne Mukangoga, assistante sociale
Pascasie Musaniwabo, caissière
Louis Byihorere, animateur sanitaire communautaire

Le contexte

Le Centre de Santé de Mukarangé est situé à 15 km de l'Hôpital de District de Rwamagana, non loin de la frontière ougandaise. L'établissement, qui compte 21 lits, a été créé en 1974 grâce à une collaboration entre le gouvernement et la population desservie qui a aidé au financement de la construction. À la différence de la plupart des centres de santé au Rwanda, l'établissement de Mukarangé est accessible par une route goudronnée et il gère également deux postes de santé. Certains des clients du centre sont des paysans qui produisent des haricots, du sorgho, du maïs, des bananes, de l'arachide et des patates douces. D'autres vivent de l'élevage des bovins et de chèvres. Le centre de santé estime qu'environ 20% de ses clients sont installés depuis peu dans la région, étant revenus au Rwanda de pays voisins à la fin de la guerre civile. Le personnel du centre de santé est de 14 agents qui fournissent des soins à plus de 24 000 habitants¹. Le personnel est composé d'un infirmier, de deux auxiliaires de santé, de trois aides nutritionnistes, d'une assistante familiale, d'une caissière, de deux veilleurs et de quatre travailleurs.

En septembre 1995, un comité de santé a été créé pour faire connaître les besoins de la communauté auprès du centre de santé. En fait, le comité de santé gère le budget de toutes les activités du centre. Par exemple, alors que dix membres du personnel sont payés par l'État, quatre le sont par le comité de santé. Celui-ci est composé de dix membres: le titulaire du centre, la caissière et un délégué pour chacun des huit secteurs. Le comité se compose d'un président, d'un vice-président, d'un rapporteur/conseiller (qui est également le titulaire du centre de santé) et d'un comptable (qui suit et contrôle le budget du centre de santé).

En novembre 1999, le titulaire du centre de santé a suivi une formation en méthodes d'Assurance de la Qualité (AQ). Vers la fin d'avril 2000, peu de temps après la formation d'un deuxième membre, le titulaire décidait de convoquer une réunion du personnel pour entamer un cycle d'AQ.

Identification des possibilités d'amélioration

Pendant la réunion du personnel, les infirmiers/infirmières qui avaient reçu une formation en AQ ont expliqué aux autres agents ce qu'ils avaient appris au sujet de l'assurance de la qualité, son importance, et ce qu'impliquerait le travail. À la suite de cela, le personnel a effectué un brainstorming au sujet de quatre problèmes potentiels sur lesquels il pourrait travailler:

- 1) le taux de couverture faible de la vaccination antirougeoleuse,
- 2) la longue attente pour les consultations prénatales,
- 3) le faible taux de fréquentation de la planification familiale, et
- 4) la faible fréquentation des services ambulatoires.

¹ Estimations des pouvoirs publics pour 2000.

Ensuite, le personnel a étudié les comptes rendus mensuels comprenant des statistiques envoyées au Ministère de la Santé Publique pour avoir des renseignements sur chacun de ces problèmes. Utilisant cette information, le personnel a discuté de la question et est parvenu à un consensus sur le poids relatif de chacun de ces quatre problèmes en fonction de trois critères: l'impact sur la population, la fréquence et l'influence que peut avoir le personnel à cet égard. C'est le problème du faible taux de couverture de la vaccination antirougeoleuse qui a obtenu le score le plus élevé, arrivant ainsi en première place.

Ensuite, le personnel s'est employé à définir le problème d'une manière qui soit quantifiable pour qu'on puisse détecter des progrès. L'équipe a analysé les données pour déterminer l'objectif qu'elle pourrait se fixer de manière réaliste pour améliorer le taux de vaccination. Elle a estimé le nombre d'enfants de 0 à 11 mois qu'elle devrait vacciner pour atteindre un taux de vaccination de 100%.

Population totale de 24 093 x 4,3%² = 1 036 enfants ayant entre 0 et 11 mois
= environ 86 enfants à vacciner par mois pour parvenir à une couverture complète (100%)

L'équipe a alors multiplié le nombre de séances de vaccinations ayant lieu tous les mois par le nombre d'enfants qu'elle pensait pouvoir vacciner par séance (deux séances de vaccination par semaine).

8 séances de vaccination x 9 enfants par séance = 72 enfants, soit environ un taux de vaccination de 80%³

Figure 1 Définition opérationnelle du problème

Le problème a été identifié à partir des résultats d'une analyse documentaire de comptes rendus mensuels des activités de vaccination au Centre de Santé de Mukarangé, montrant un taux de couverture anti rougeoleuse de:

- 49,9% en 1998;
- 24,4% en 1999; et
- 41% de janvier à avril 2000,

par comparaison à un objectif national de 100%. Pour le personnel, on pourra estimer qu'il y a eu une amélioration si ce taux atteint au moins 80% d'ici à la fin 2001.

Afin d'analyser le problème, le personnel a fait participer toutes les personnes qui jouent un rôle dans le processus de vaccination et toute personne en mesure de faire progresser le taux de couverture ou ayant des idées pour y parvenir. Sept personnes ont été identifiées, l'infirmier A2/titulaire, deux auxiliaires de santé, une aide nutritionniste, une assistante sociale, la caissière et un animateur de santé communautaire. Le groupe a décidé de se réunir deux fois par semaine, le lundi et le jeudi, entre 14 h et 16 h. À l'intérieur de l'équipe, des rôles spécifiques étaient créés: président, vice-président, rapporteur, chronométrateur, facilitateur.

² L'équipe a d'abord multiplié la population de sa zone de couverture par l'estimation utilisée par les pouvoirs publics pour le pourcentage d'enfants entre 0 et 11 mois (4,3%). Elle a ensuite divisé ce chiffre par 12 pour obtenir le nombre d'enfants qu'il faudrait vacciner par mois pour que tous les enfants soient vaccinés en un an.

³ 72 enfants/86 pour une couverture complète = 84, soit environ 80%.

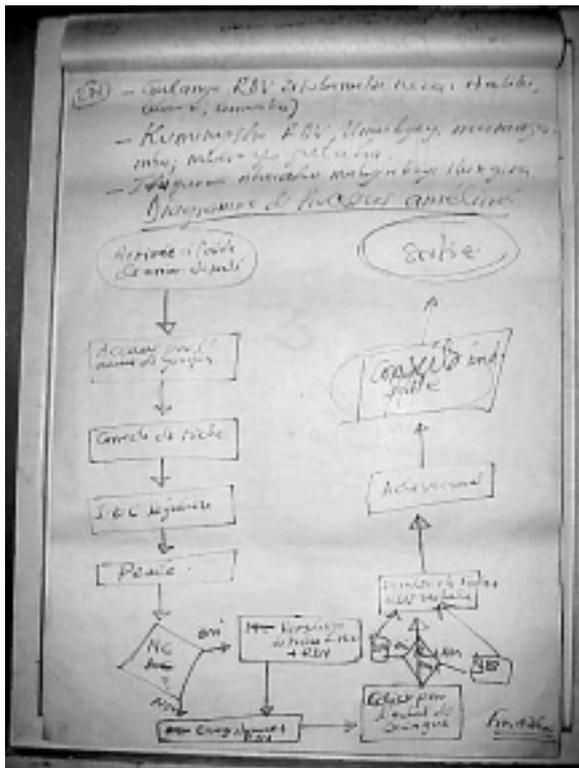
Analyse des possibilités d'amélioration

À la mi-juin, l'équipe a entrepris l'analyse du problème. Elle a commencé en schématisant le service sous forme de diagramme de processus pour montrer toutes les étapes à partir de l'arrivée de la mère au centre de santé (Figure 2). Elle a trouvé que le personnel ne suivait pas toujours les étapes exactement de la même manière, et lorsque cela se produisait, elle en a discuté pour parvenir à un consensus sur le tracé du diagramme de processus.

Ce faisant, l'équipe a également identifié les "nuages", c'est-à-dire les étapes qui n'étaient pas claires ou qui pouvaient être améliorées. Les nuages dans le diagramme de processus ont mis en évidence les possibilités suivantes pour des améliorations du processus de vaccination:

1. Pas assez de mères venaient pour faire vacciner leurs enfants;
2. Une longue attente;
3. Certaines mères arrivaient sans avoir l'argent pour l'achat de la seringue;
4. La causerie éducative était dispensée de manière irrégulière, parfois une fois par mois seulement;
5. Le personnel prenant les rendez-vous disait parfois aux mères de revenir dans un nombre donné de mois, plutôt que de leur dire la date exacte à laquelle elles devraient revenir.

Figure 2 Diagramme de processus de la vaccination antirougeoleuse, Centre de Santé de Mukarangé



Ensuite, l'équipe a fait un brainstorming sur les raisons possibles de la faible couverture de la vaccination antirougeoleuse. Par exemple, un membre de l'équipe a indiqué que certains clients qui avaient immigré d'Ouganda depuis la guerre civile ne pensaient pas que la vaccination soit importante (*En Ouganda, nous ne vaccinons pas l'enfant s'il n'est pas malade*). Un autre membre de l'équipe a fait remarquer qu'un nouveau centre de santé avait ouvert non loin de là et que, dans ses services communautaires, il pouvait vacciner les enfants de la zone d'influence du Centre de Santé de Mukarangé, diminuant ainsi le nombre d'enfants vaccinés au centre de santé. Un autre membre de l'équipe a dit que le centre de santé pourrait améliorer sa collaboration avec les animateurs de santé communautaires, parce que, quand il avait des réunions communautaires, le personnel du centre de santé n'était généralement pas invité.

Utilisant un diagramme de cause-effet, l'équipe a classé toutes les causes probables du faible taux de vaccination dans les catégories environnement, population, personnel et services. Ensuite, elle a mené une enquête auprès de 30 personnes au sein de la communauté pour déterminer la pertinence de ces causes. L'enquête était conçue par le personnel du centre de santé et administrée à la fois par le personnel et les animateurs de santé communautaires. Pour parvenir à une représentation plus large de la communauté, l'enquête a été administrée à 15 mères et pères au niveau de la communauté, à cinq mères qui ont été interrogées au centre de santé et à dix animateurs de santé communautaires (*voir Figure 3*).

Figure 3 **Résultats de l'enquête informelle visant à vérifier les causes probables de la faible couverture vaccinale**

1- Amenez-vous habituellement vos enfants à la séance de vaccination pour les faire immuniser contre la rougeole?
5/30 (17%) Oui
20/30 (67%) Non
5/30 (17%) Pas de réponse
2- Au cas où la mère ne peut pas amener l'enfant pour le faire vacciner, les vaccinations peuvent-elles se poursuivre selon le calendrier établi?
30/30 (100%) Non
3- Êtes-vous financièrement en mesure de faire vacciner vos enfants au centre de santé (coût 50 FRW)?
25/30 (83%) Oui
5/30 (17%) Non
4- Êtes-vous satisfait/satisfaite de l'endroit des séances de vaccination pour ce qui est de la facilité à y amener vos enfants afin de les faire vacciner?
13/30 (43%) Oui
17/30 (57%) Non

Élaboration et choix de solutions

Afin d'améliorer la situation, l'équipe est revenue au diagramme de processus et a déterminé la manière dont les étapes représentées par des nuages pourraient être améliorées, compte tenu de l'information mise en évidence par l'enquête.

Nuage du diagramme de processus	Solution
Il n'y a pas assez de mères qui viennent pour faire vacciner leurs enfants.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser en permanence les mères au sujet de l'importance de la vaccination contre la rougeole et des conséquences de la non-vaccination. Effectué par le personnel du centre de santé au dispensaire ambulatoire, et par les animateurs de santé communautaires, pendant les réunions communautaires locales. 1/mois. ▪ Sensibiliser en permanence les hommes au sujet de l'importance de la vaccination pour les encourager à s'assurer que l'enfant est vacciné si la mère est empêchée. Effectué par le personnel du centre de santé pendant les visites au dispensaire et les visites de vulgarisation à domicile, et par les animateurs de santé communautaires lors des réunions communautaires locales. ▪ Collaborer avec les animateurs de santé à tous les niveaux (cellules, secteurs, communes) pour vérifier le statut vaccinal des enfants dans leur zone et pour aider à envoyer les enfants non vaccinés au centre de santé (porte-à-porte). ▪ Former en permanence le personnel au sujet de la vaccination. Effectué par le titulaire et les superviseurs de district pendant les réunions du personnel du dispensaire et les séances de vaccination. 2/semaine.
Longue attente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le processus de vaccination (accueil, gestion de la file d'attente, counseling des mères ainsi que rétroinformation de celles-ci, rendez-vous). ▪ Recevoir et vacciner les enfants à leur arrivé au centre. ▪ Donner des cartons numérotés aux clients pour que les premiers arrivés au dispensaire passent en premier.
Certaines mères arrivent sans avoir l'argent pour acheter la seringue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacciner les enfants des familles indigentes⁴ avec des seringues réutilisables qui sont données par le district.
IEC irrégulière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispenser toujours l'IEC. Des exposés sont faits sur l'importance de la vaccination contre la rougeole, du counseling individuel sur rendez-vous, et sur les effets secondaires de la vaccination. ▪ Améliorer l'IEC en groupe sur la prévention de la rougeole, en montrant les étapes.
Prise de rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Donner des rendez-vous précis, avec des dates précises, pour tous les enfants. ▪ S'assurer que la mère a compris avant son départ.

⁴ Le *nyumbakumi*, ou l'administrateur d'environ 10 foyers, identifie les familles indigentes. Une liste des familles indigentes est ensuite transmise et complétée au niveaux de la cellule, du secteur et de la commune.

Le principal indicateur que l'équipe utilisait pour suivre ses progrès était:

Le taux de couverture vaccinale antirougeoleuse

nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole par mois
nombre estimé d'enfants entre 0 et 11 mois

En outre, l'équipe a également choisi des indicateurs pour suivre la mise en œuvre des solutions:

Le taux mensuel d'exécution des séances de visites d'information à domicile (nombre de séances d'information par mois/nombre x 100)

Objectif: deux séances d'information par mois à partir de septembre (total de huit sorties/mois)

Le nombre de réunions avec des animateurs de santé communautaire pour suivre le niveau d'effort déployé afin de vérifier le statut vaccinal des enfants dans leurs zones respectives.

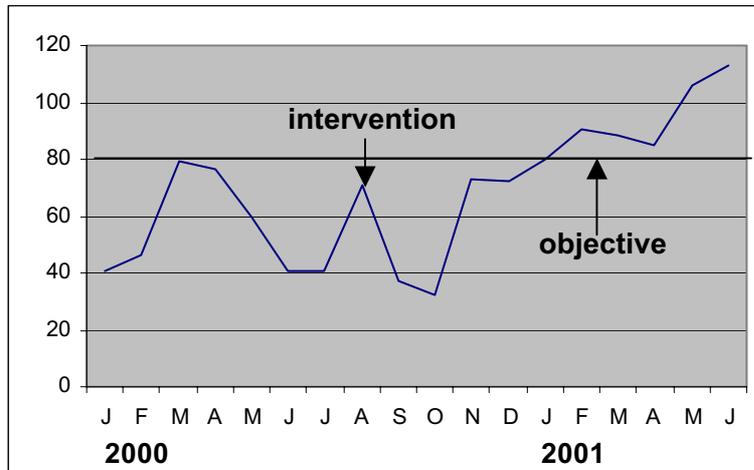
Objectif: une réunion doit avoir lieu deux mois après la mise en œuvre des solutions.

Résultats

En août 2000, l'équipe a entamé la mise en œuvre des solutions. Tandis que ses membres introduisaient des changements pour augmenter le taux de la couverture antirougeoleuse, l'équipe a également remarqué des opportunités d'amélioration rapide qu'elle a exploitées. Par exemple, elle s'est rendu compte que la durée de l'attente était exacerbée par l'arrivée tardive du personnel. Pour inverser cette tendance, l'équipe a institué un registre sur lequel le personnel doit inscrire son heure d'arrivée, de départ et signer. En outre, l'équipe a pensé que si le centre était plus propre cela pourrait attirer davantage de clients. Pour obtenir ce résultat, l'équipe s'est assurée que le personnel de nettoyage disposait du matériel nécessaire. Elle a également avancé d'heure d'arrivée des nettoyeurs qui devaient désormais prendre leur service à 7 h du matin. Ainsi, le centre de santé serait propre lorsque les patients et le reste du personnel arrivent à 8 h. Ce changement d'horaire permet aussi à l'équipe de nettoyage de finir la journée plus tôt, à 16 h.

La **Figure 4** montre le changement dans le taux de couverture antirougeoleuse avant et après la mise en œuvre des solutions.

Figure 4 Taux de vaccination antirougeoleuse, Centre de Santé de Mukarangé⁵



Certaines des solutions ont également affecté d'autres activités cliniques. Par exemple, au service des soins prénatals, le personnel a remarqué que le temps d'attente était aussi très long. Pour remédier à ce problème, il a décidé d'appliquer simplement les mêmes solutions que pour la salle d'attente des vaccinations, à savoir l'utilisation de cartons numérotés pour donner la priorité aux clients arrivés les premiers, et l'utilisation des causeries pour la santé tant individuelles qu'en groupe. Dans l'ensemble, alors que la fréquentation du dispensaire en général ne semble pas avoir augmenté, les recettes ont par contre progressé. La comparaison des recettes pour les sept mois juste avant la mise en œuvre des solutions et pour la même période un an plus tard a fait ressortir une augmentation de 38%, bien qu'il ne soit pas possible d'attribuer ce changement à des améliorations au niveau du service des vaccinations.

Leçons tirées de cette expérience

L'équipe s'est heurtée à certaines difficultés, notamment:

- un manque de compréhension du processus d'AQ, en particulier durant les étapes initiales, malgré les explications données par les infirmiers/infirmières qui ont participé à l'atelier d'AQ
- un manque de fournitures, cahiers et stylos par exemple, qui ont été finalement achetés avec des fonds du centre de santé
- l'absence de budget pour appuyer le travail de porte-à-porte effectué par les animateurs de santé communautaires pour vérifier le statut vaccinal (le centre de santé a finalement acheté deux vélos que se partagent maintenant les animateurs de santé communautaires)
- les élections des autorités locales qui ont remplacé les animateurs de santé communautaires.

⁵ (1) Les niveaux > 100% atteints en mai 2001 suggèrent qu'il y a eu peut-être un changement dans la population se traduisant par une diminution du nombre *effectif* d'enfants de moins de cinq ans, étant donné que le dénominateur était fixe, ou que des gens extérieurs à la zone d'influence utilisaient le centre de santé. (2) La Croix-Rouge Internationale a mis en route un programme de suivi de la croissance en mai dans le cadre duquel elle a également vacciné des enfants pour ne pas perdre cette occasion.

Les équipes du centre de santé pourraient utiliser un soutien plus technique pour la conception d'enquêtes. Pour vérifier les causes postulées, l'équipe de Mukarangé a interrogé 30 personnes, dont des femmes au centre de santé et dans la communauté, ainsi que des animateurs de santé communautaires. Lorsqu'on a posé la question au titulaire, celui-ci ne se souvenait pas exactement combien de personnes de chaque catégorie avaient été interrogées. Une liste unique de cinq questions ouvertes a été distribuée à chaque enquêteur qui réunissait les femmes à interroger simultanément. L'enquêteur posait chaque question à voix haute et demandait aux femmes de voter "oui" ou "non". Tandis que l'enquête a fourni à l'équipe du centre de santé davantage d'informations sur les questions qu'elle posait, l'équipe aurait pu faire différemment un certain nombre de choses. Par exemple, elle aurait pu enregistrer les réponses séparément pour chaque individu, afin de diminuer l'effet possible de l'influence sociale sur les réponses. Elle aurait pu aussi tabuler séparément chaque groupe de personnes interrogées pour voir quelles étaient les différences entre les groupes. En outre, elle aurait pu poser des questions ouvertes.

L'analyse des causes hypothétiques de la variation des taux de la couverture vaccinale aurait pu se concentrer davantage sur les solutions. L'équipe était satisfaite des résultats mais les données n'ont pas montré une augmentation nette des taux de couverture immédiatement après le début de la mise en œuvre des solutions en août 2000. Le taux a chuté de 50% en septembre et en octobre, a retrouvé les niveaux d'août en novembre et en décembre, et n'a commencé à remonter qu'en janvier (voir Figure 4). En fait, les taux de couverture vaccinale connaissent des fluctuations importantes avant que l'équipe ne commence son travail. Pendant le semestre juste avant le mois d'août, la couverture variait entre 40% et 80%. L'équipe a également rapporté un taux de couverture de 49,9% pour 1998, et de 24,4% en 1999 (le taux pour 2000 était de 55,6%). Alors que le titulaire disait ne pas connaître la raison de cette fluctuation, l'équipe n'avait apparemment pas fait de brainstorming sur cette question particulière. Elle aurait pu examiner les données mensuelles des années précédentes pendant son analyse des causes fondamentales. Les causes hypothétiques auraient pu comprendre la question de savoir si les hauts (ou les bas) des taux de vaccination coïncidaient avec des changements de personnel ou de politiques, des variations saisonnières, ou s'il y avait peut-être des raisons de s'attendre à certaines variations dans le nombre de nourrissons au cours de l'année. De telles théories auraient été potentiellement utiles pour l'élaboration de solutions et pour l'interprétation du graphique de fréquence-temps post-intervention.

Le temps investi dans la synthèse des enseignements tirés des expériences de chacun et de celles d'autres équipes peut inciter les équipes à essayer de nouvelles approches. L'équipe en est actuellement à son deuxième cycle d'amélioration de la qualité, travaillant sur le problème de la prise en charge des cas de paludisme. De son expérience durant le premier cycle, elle a déjà incorporé de nouvelles idées, telles que la participation des autorités locales en tant que membres de l'équipe, pour accroître leur rôle dans la recherche de solutions aux préoccupations de santé de la communauté.

Également, les équipes de différents centres de santé ont participé à une conférence pour comparer leurs expériences en décembre 2000. En plus de cet échange d'expériences, l'équipe du Centre de Santé de Mukarangé a également profité de l'expérience et des solutions d'autres centres pour prendre des décisions opportunes. Par exemple, elle a établi des descriptions de postes complètes et défini les responsabilités, et elle a adopté certaines des solutions de l'équipe de N'zige afin de localiser les femmes au premier trimestre de leur grossesse pour des consultations prénatales.

Cette page a été délibérément laissée vierge

Les membres de l'équipe

Bonaventure N'zeyimana, médecin, formateur au niveau national
Florence Mukarugwiza Nuyuzee, infirmière en chef
Esther Mundamukirize, infirmière en chef adjointe
Chirstine Uwineza, infirmière
Perpetue Mukasewabo, infirmière
Marthe Kanziga, infirmière
Thérèse Mukorwema, infirmière
Violette Mukaranyange, infirmière

Le contexte

En tant qu'hôpital national rwandais de référence, le Centre Hospitalier de Kigali (CHK) reçoit des patients qui lui sont envoyés de tout le pays. Toutefois, sur les 40 à 60 patients par jour qui sont traités par le service des urgences, moins de 20% sont référés par un établissement de premier niveau. Le département des urgences est composé de 5 sous-services: orientation, accueil pour les pathologies médicales (4 lits), petite chirurgie et réanimation (2 lits), plâtre et maladies aiguës (7 lits). En 1999, le département des urgences comptait 30 employés, dont 19 infirmiers, 4 médecins, 6 agents de soutien et un caissier.

Entre novembre 1999 et février 2000, six infirmières ont bénéficié d'une formation en méthodes d'assurance de la qualité (AQ). Six mois plus tard, elles ont convoqué une première réunion pour démarrer un projet d'amélioration de la qualité. Deux autres membres du personnel ont participé à cette réunion, un médecin et une infirmière.

Identification des possibilités d'amélioration

Lors de la première réunion de l'équipe, les infirmières qui avaient été formées ont expliqué aux autres ce qu'elles avaient appris et les ont guidés à travers les différentes étapes de la méthode de résolution des problèmes. Les participants ont d'abord procédé à un « brainstorming » sur les problèmes à régler. Ils ont ensuite examiné les statistiques qui étaient à leur disposition pour chaque problème médical qui avait été soulevée. Après discussion, chaque membre a voté sur l'importance relative de chaque problème en fonction de quatre critères (*Figure 1*). Cette matrice de décision ainsi construite, les participants ont constaté que la prise en charge des polytraumatisés choqués avait obtenu le score le plus élevé.

La première étape a consisté à rédiger une définition opérationnelle du problème, un processus difficile qui a nécessité plusieurs réunions sur une période de 1 mois. La définition du problème consistait à expliquer pourquoi l'équipe savait qu'il y avait un problème, et comment elle allait mesurer une amélioration après la formulation de solutions. Étant donné que les patients étaient habituellement transférés aux soins intensifs ou hospitalisés en chirurgie après le service des urgences, il était difficile de savoir ce qu'il était advenu d'eux ou quels critères permettraient d'évaluer correctement la qualité des soins au service des urgences.

Figure 1 Matrice de décision pour hiérarchiser les problèmes

Problème	Importance	Vulnérabilité	Fréquence	Impact sur la qualité de soins	Total
Prise en charge des patients ayant un traumatisme crânien	3,66	3,33	3,66	4,00	14,65
Prise en charge des polytraumatisés choqués	4,50	4,00	4,66	4,33	17,49
Prise en charge des patients en coma diabétique	4,22	4,75	1,00	4,50	14,47
Prise en charge des patients ayant une méningite à méningocoque	3,00	2,25	3,00	3,75	12,00
Prise en charge des patients ayant une broncho-pneumonie aiguë	3,75	2,75	5,00	3,75	15,25

À l'issue d'une longue discussion, le personnel a décidé qu'il devrait se concentrer sur la définition opérationnelle du problème pendant les premières 48 heures après l'arrivée d'un patient. Pour examiner la qualité des soins durant cette période, les membres de l'équipe ont observé à l'insu du personnel concerné, pendant une période de quatre jours, la prise en charge de tous les polytraumatisés choqués. Les observations ont été effectuées en se basant sur une liste de normes qui comprenait des normes pour l'accueil, l'orientation et la réanimation cardio-pulmonaire. À partir de ces observations, l'équipe a décidé que le respect des normes était un point majeur et qu'elle mesurerait une amélioration dans la prise en charge selon les normes par la surveillance du taux de décès parmi ces cas (Figure 2).

Figure 2 Définition opérationnelle du problème *

Problème: la mauvaise prise en charge des polytraumatisés choqués par le service des urgences au CHK pendant les premières 48 heures

- Les observations de tous les polytraumatisés choqués traités entre le 7/09/2000 et le 11/09/2000 nous ont permis de déterminer que la prise en charge de la majorité des patients ne se faisait pas conformément aux normes des services d'urgence.
- En fait, seulement trois patients sur les sept observés pendant cette courte période ont été pris en charge conformément aux normes.
- En 2000, 35 polytraumatisés choqués sur 95 sont décédés dans les 48 heures après admission, un taux de décès de 37%.
- Compte tenu de cette situation, il est impératif que nous réduisions le taux de létalité de 50% d'ici à juillet 2001.

* Le taux de létalité (*case fatality rate*) est le rapport du nombre de décès pour une cause de maladie déterminée au nombre total de cas de la maladie constatés.

Analyse du système de soins et des opportunités d'amélioration

Ensuite, l'équipe s'est organisée pour étudier la prise en charge des polytraumatisés choqués. Elle a attribué des rôles à ses différents membres: président, rapporteur, chronométrateur, et deux autres personnes qui étaient chargées du suivi des données. Elle a fixé une heure régulière pour les réunions entre les équipes de jour et les équipes de nuit, au moment où le personnel était le plus disponible (tous les lundis à 8h15, pendant 30 minutes). L'équipe a pris des dispositions pour que l'autocar de l'hôpital transportant l'équipe de nuit parte plus tard pour permettre à celle-ci d'assister aux réunions de l'équipe.

La première étape de l'analyse consistait à construire un diagramme de processus pour la prise en charge des cas, une tâche qui a nécessité maintes discussions pendant trois réunions – ce qui n'a pas été facile pour l'équipe étant donné que le concept du diagramme de processus était nouveau. Durant ce processus, l'équipe a identifié les étapes du processus de prise en charge qui n'étaient pas bien comprises, qui pouvaient être améliorées ou qui n'étaient pas logiques. Cela a aidé l'équipe à se concentrer sur les étapes du processus où il y avait des problèmes, pour lesquelles elle ne pouvait pas facilement répondre aux questions "qui?", "où?" et "quand?". Ces étapes étaient représentées par un nuage dans le diagramme de processus.

“Cette étape [la construction du diagramme de processus] nous a apporté une certaine réflexion sur ce nous faisons [...] et elle a attiré notre attention sur le fait que nous n'étions pas aussi bons que nous le pensions.”

Dr Bonaventure, membre de l'équipe

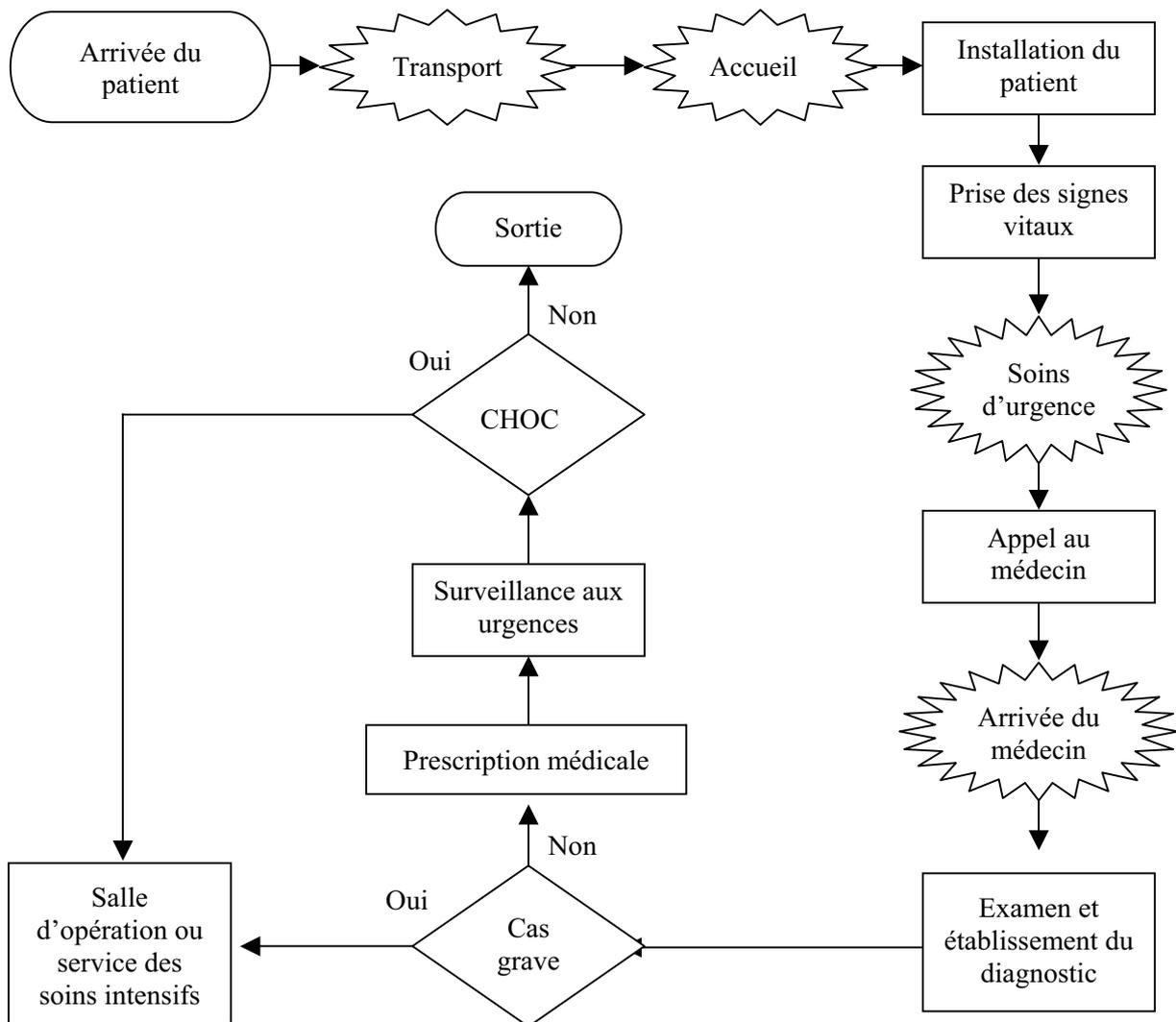
Quatre étapes principales ont été représentées sous forme de nuages dans le diagramme de processus (Figure 3):

- 1) l'accueil
 - Il y avait une seule table d'accueil pour recevoir de 40 à 60 patients par jour, d'où une longue attente entre l'arrivée et la réception.
- 2) le transport
 - Les infirmiers qui étaient censés faire le triage avaient d'autres responsabilités majeures, tant au niveau du service qu'en dehors de celui-ci.
 - Les infirmiers qui transportaient les patients ne savaient souvent pas selon quelles normes (par exemple, si un patient devait être mis sur un brancard ou plutôt sur une chaise roulante).
 - Le manque de continuité dans les soins s'était traduit par un cas au moins dans lequel un patient qui attendait d'être transporté est mort dans sa chaise. Un couloir particulier où des patients attendaient était appelé "le couloir de la mort" par le personnel.
- 3) les soins d'urgence
 - Les actes que les infirmiers devaient être capables d'exécuter ne l'étaient pas par tous les infirmiers car certains ne les maîtrisaient pas bien (par exemple, les premiers soins, la reconnaissance du niveau de choc du patient, etc.).
- 4) l'arrivée du médecin
 - Les infirmiers estimaient que certains médecins n'accordaient pas assez d'importance aux urgences, même lorsqu'ils n'étaient pas occupés. Cette situation a conduit à un dialogue interne au cours duquel les infirmiers ont dit aux médecins ce qu'ils pensaient de leur travail, et les médecins ont répondu en disant comment ils percevaient le travail du personnel infirmier. Chose peu surprenante, le personnel infirmier pensait que les médecins étaient essentiellement responsables de la qualité médiocre des soins, et les médecins estimaient eux que les infirmiers étaient à blâmer.

Ensuite, l'équipe a essayé d'analyser les facteurs susceptibles d'avoir conduit à une mauvaise prise en charge des polytraumatisés choqués. Elle a effectué un brainstorming et classé les raisons en quatre catégories: les raisons afférentes au client, au service, au personnel, au matériel et aux fournitures.

1. Le client: Le service des urgences était simplement surchargé – il voyait de 40 à 60 patients par jour. Certains facteurs exacerbèrent la situation. Par exemple, l'équipe était partie du principe que les citoyens préféraient voir des médecins, et qu'en conséquence ils avaient tendance à aller à l'hôpital, même dans des cas non-référés qui auraient été traités de manière plus appropriée au centre de santé de la ville. Les services de l'Hôpital Central de Kigali étaient considérablement moins chers que ceux des hôpitaux privés. En outre, les patients qui pouvaient être traités au centre de santé étaient souvent aiguillés vers l'hôpital de toute façon.
2. Le service: L'équipe pensait que la principale faiblesse du service était la médiocrité des transports, le manque d'organisation et le fait qu'il n'y avait pas de salle de déchochage équipée d'oxygène. En particulier, le besoin de réorganiser le service avait déjà été reconnu lorsque l'on avait essayé de remédier au problème du temps d'attente des patients. Cet effort de résolution de problème, initié en juillet 2000 par un groupe d'infirmières d'une ONG belge, n'avait jamais dépassé le stade de l'analyse des causes fondamentales. Toutefois, lors d'une enquête sur les causes de la longue attente au service des urgences, l'équipe avait identifié le manque de triage et d'orientation comme étant l'une des causes principales de ce problème.

Figure 3 Diagramme de processus de la prise en charge des polytraumatisés choqués



3. Le personnel: Il n'y avait pas assez de personnel pour le volume important des patients à traiter. En outre, il n'y avait pas de normes, même pour les activités de routine, ce qui se traduisait par des différences marquées dans les pratiques – et les compétences — du personnel. Certains infirmiers ne savaient pas reconnaître l'état de choc, et de nombreux médecins appelaient un anesthésiste ou un spécialiste en réanimation lorsqu'il fallait intuber un patient car ils ne se souvenaient plus comment il fallait procéder. En plus de compétences cliniques insuffisantes, les membres de l'équipe notaient que la négligence était aussi un problème. La discussion a mis en évidence des cas de négligence. Les médecins invoquaient des négligences de la part du personnel infirmier, par exemple lorsque celui-ci ne surveillait pas convenablement des patients choqués – c'est-à-dire qu'il ne savait à quelle heure le patient était arrivé ou quel était son état, de sorte qu'un état critique n'était pas pris en charge. Inversement, le personnel infirmier soulignait des cas de négligence chez les médecins, par exemple un médecin qui était allé dormir alors qu'on avait besoin de lui.
4. Matériel/fournitures: Du matériel essentiel était mal adapté aux besoins du service. Par exemple, la table de réanimation n'avait des lames que pour les enfants, alors que peu de patients étaient des enfants. Il n'y avait pas non plus de lits d'hôpital pliants .

L'étape suivante consistait à vérifier si les causes supposées étaient véritablement à l'origine du problème.

Pour examiner les causes afférentes au personnel, l'équipe a observé de manière formelle la prise en charge de cas pour mieux évaluer les compétences du personnel, la négligence et le respect des normes. En premier lieu, l'équipe, le spécialiste en réanimation et le chirurgien se sont mis d'accord sur une liste de 33 tâches qui devraient être exécutées lors de l'admission d'un polytraumatisé choqué (*Tableau 1*). En novembre 2000, quatre infirmières ont observé 38 cas durant leur garde, utilisant une liste de contrôle portant sur ses tâches. Etant donné que l'équipe voulait que les observations couvrent toutes les gardes, il a fallu un mois pour compléter le processus.

Pour enquêter sur les causes en rapport avec le matériel, l'équipe a également assemblé une liste de matériel et autres fournitures qu'elle jugeait nécessaires pour une bonne prise en charge des polytraumatisés choqués. Les membres de l'équipe ont ensuite dressé un inventaire du matériel et des fournitures qui se trouvaient dans chaque zone de travail durant leur garde, ainsi que du personnel disponible.

Sur la base de cette enquête, l'équipe a préparé une liste des causes les plus probables (pas dans l'ordre):

- Personnel insuffisant
- Personnel incompétent
- Manque de matériel et de fournitures appropriés, par exemple, salle de réanimation
- Absence de respect des normes
- Mauvaise organisation

Tableau 1 **Guide d'observation**

Activités	Tâches	Critères de performance	
		Fait	Pas fait
Transport à l'arrivée du patient	1. Mettre la minerve ou attelle adaptée 2. Tourner en bloc 3. Accompagner le patient		
Accueil	4. Service de transport 5. Triage 6. Service de sécurité		
Examen physique	7. Vérification de l'état de conscience 8. Prise des signes vitaux 9. Examens des téguments 10. Examens des membres et des organes 11. Evaluation du degré des lésions		
Soins d'urgence par l'infirmier	12. Arrêter l'hémorragie 13. Voie respiratoire 14. Voie veineuse 15. Ventilation 16. Déshabiller 17. Positionner sur le plancher		
Arrivée du médecin	18. Examen du patient 19. Ecrire les directives à suivre 20. Supervision de toutes les activités qui se font sur le patient		
Transport à la radio	21. Installation sur le brancard 22. Minerve ou attelle adaptée 23. Tourner en bloc 24. Accompagner le patient 25. Assister à l'installation du patient sur table de radio		
Soins appropriés	26. Exécution de la prescription médicale 27. Dispense des soins d'urgence 28. Transport du patient suivant les normes		
Surveillance continue	29. Signes vitaux + SPO2 30. Échelle de Glasgow 31. Cardio-monitorage 32. Surveillance multidisciplinaire 33. Etat hémodynamique		

Élaboration et mise en œuvre de solutions

À partir de l'information découlant de son analyse, l'équipe a formulé des solutions. Elle a d'abord mis en œuvre les changements qui étaient de son ressort et elle a attiré l'attention de l'administration sur les problèmes les plus importants. La liste des solutions préparées par l'équipe est la suivante:

- 1) **Formation de tout le personnel intervenant dans les urgences** (médecins, personnel infirmier et personnel de soutien) sur les points suivants:
 - diagnostic de l'état de choc,
 - soins d'urgence,
 - réanimation élémentaire (y compris intubation),
 - transport des polytraumatisés choqués.

Les séances de formation seraient dirigées par le chirurgien et le spécialiste en réanimation. Le personnel travaillerait d'abord avec des mannequins. Les médecins passeraient ensuite en salle d'opération pour travailler sur la technique de l'intubation sous la supervision de l'équipe d'anesthésie. Un personnel infirmier a également appris l'intubation, une tâche normalement réservée aux médecins.

- 2) **Personnel supplémentaire** (médecins, personnel infirmier et personnel de soutien). Des discussions avec l'administration de l'hôpital ont permis l'affectation de trois personnels infirmiers supplémentaires, ce qui a porté à 22 le nombre des infirmiers. Dans le même temps, le service perdait un, ramenant le total à cinq.
- 3) **Établissement et communication des normes**, y compris les normes générales pour la salle de petite chirurgie et les normes pour la prise en charge des polytraumatisés choqués. Celles-ci comprenaient les normes pour la réanimation dans les cas de traumatisme grave pour la salle de déchoquage. L'équipe, les chirurgiens et le spécialiste en réanimation ont passé en revue les normes nationales et, sur la base de leur expérience personnelle, ont établi des normes pour le service. Les normes pour la prise en charge des polytraumatisés choqués furent affichées dans chaque salle où des soins étaient prodigués aux patients.
- 4) **Réorganisation du personnel dans les sous-services opérationnels**
 - **Nouvelle répartition du personnel à l'intérieur du service pour accroître l'efficacité et la qualité.** L'équipe a identifié les parties du diagramme de processus où le personnel contribuerait davantage à l'amélioration de la qualité des services.
 - **Attribution de responsabilités spécifiques à chaque membre du personnel.** Auparavant, chaque membre du personnel infirmier au sein de l'équipe avait des attributions particulières. Pour trouver un agent infirmier particulier, il fallait aller à sa recherche dans chacun des trois sous-services (accueil, petite chirurgie et maladies aiguës). Pour remédier à cela, l'équipe parvenait à convaincre l'administration que chaque sous-service avait besoin d'au moins deux agents infirmiers, et d'un autre à l'accueil. En outre, une personne devrait être responsable du sous-service durant chaque garde. L'équipe afficha les attributions du personnel sur un tableau noir (voir Figure 4).
 - **Le processus de rationalisation de l'organisation du service** consistait aussi à s'assurer que le service disposait du matériel et des fournitures essentiels identifiés durant les observations.

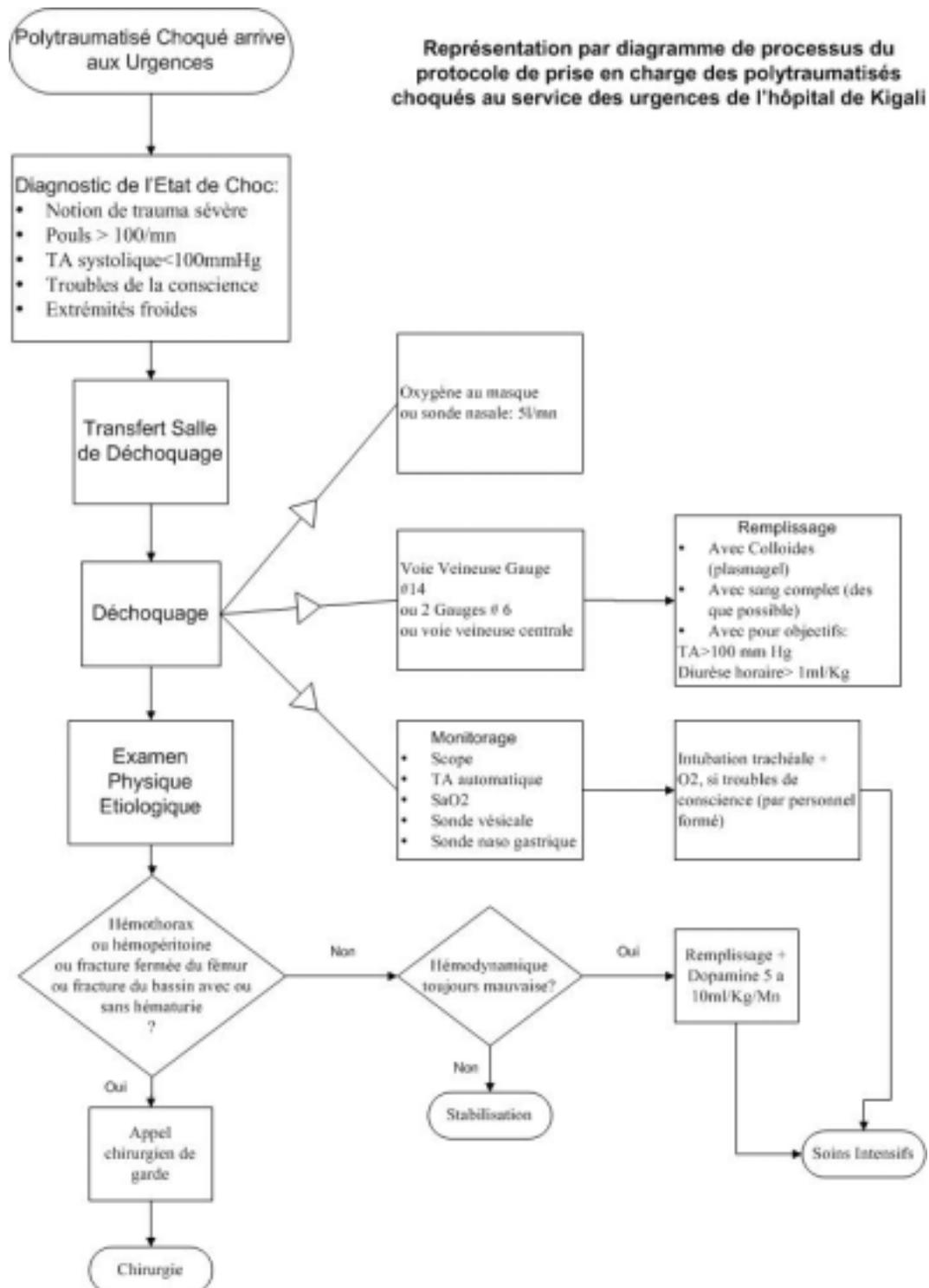
Figure 4 La répartition des tâches du personnel

Activités	Personnel	Responsable
Orientation	- Frieda	Frieda
Salle d'accueil	- Yvonne - Françoise	Françoise
Petit op. & Plâtre	- Françoise - Jean	Jean
Salle de garde n°1	- Anelle - Eric	Anelle
Transport	- Yvonne - David - Yvonne	Yvonne
Stérilisation	- Kadakayizi	Theresa

Président de garde: Dr. Bourgeois

- 5) Réorganisation d'une salle de plâtre qui servirait de salle de déchoquage
- 6) Organisation d'une trousse de médicaments minimum pour la réanimation

Figure 5 Diagramme de processus avec des normes pour la prise en charge des polytraumatisés choqués au service des urgences



L'un des problèmes discutés par l'équipe était le fait que les médicaments arrivaient souvent à leur date de péremption avant être utilisés, alors que le personnel infirmier ne savait pas toujours où des médicaments particuliers se trouvaient car la salle était désorganisée. Pour remédier à cette mauvaise utilisation des ressources, l'équipe a constitué une trousse de médicaments contenant les médicaments minimums nécessaires pour traiter les patients en état de choc, tel que recommandé par le spécialiste en réanimation. La trousse était gardée dans un tiroir séparé dans la salle de plâtre pour qu'on puisse y avoir facilement accès. Cela réduirait la totalité du temps consacré aux patients en état de choc (Figure 6).

Figure 6 La trousse de médicaments



Entre octobre et décembre 2000, l'équipe a testé et mis en œuvre ses solutions, y compris la formation du personnel, l'achat du matériel et des fournitures et la réorganisation du service. Pendant cette période, elle a suivi de près les changements et leurs effets sur le personnel, les décès et l'incidence des solutions sur les activités de routine. À la fin de janvier 2001, toutes les solutions avaient été appliquées.

Résultats

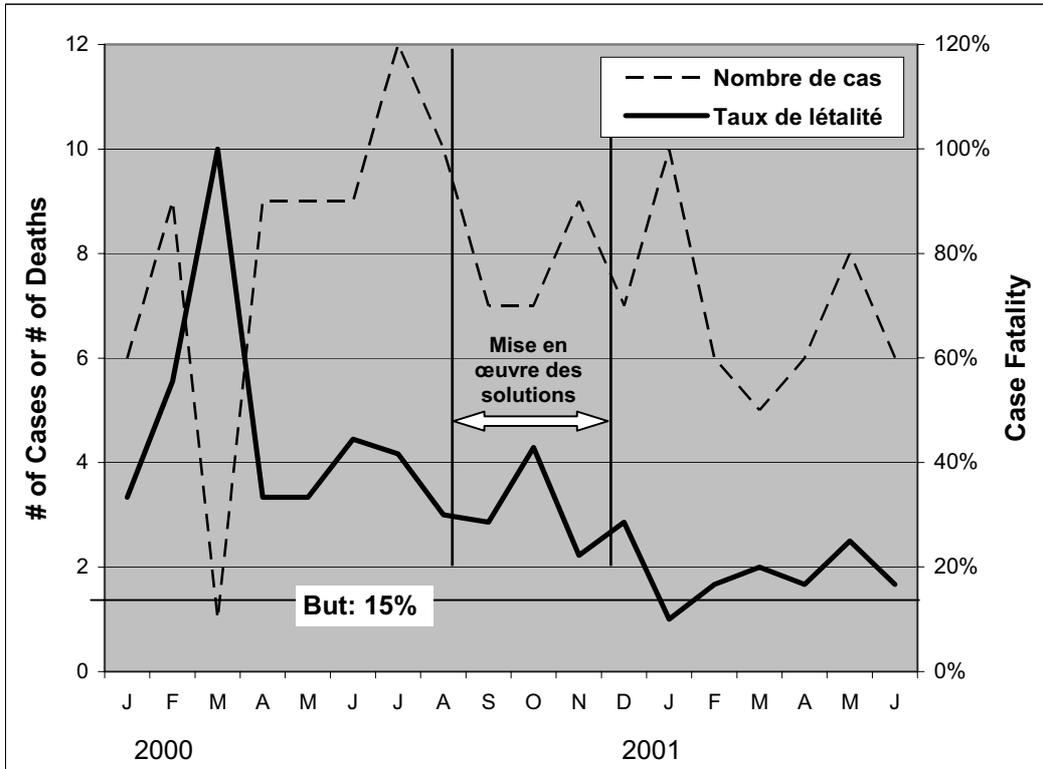
En juin 2001, le taux de décès parmi les polytraumatisés choqués pour les six premiers mois consécutifs à la mise en œuvre de solutions était de 17%, par rapport à un taux de décès de 37% pour l'ensemble de l'année 2000.

“Personne ne savait qu’il y aurait des chiffres montrant le résultat de nos efforts. Le fait d’avoir des données a permis aux gens de voir s’ils étaient sur la bonne voie et leur a apporté une satisfaction. Cela a conduit le personnel à voir des possibilités de créer d’autres équipes ad hoc (...)

[Lorsque j’ai vu la baisse de la mortalité] j’ai dit: ‘Après tout, nous n’avons pas travaillé en vain’.”

Dr Bonaventure, membre de l'équipe

Figure 7 Taux de décès chez les polytraumatisés choqués, Service des urgences, Centre Hospitalier de Kigali, janvier 2000- juin 2001



En août 2001, l'équipe avait réussi à mettre en œuvre la plupart de ses solutions. Le personnel avait été formé et des responsabilités spécifiques avaient été attribuées pour chaque garde; il y avait du personnel infirmier supplémentaire; les normes étaient affichées; le service avait été réorganisé; et la trousse de médicaments minimums avait été constituée et était utilisée. L'équipe avait demandé et obtenu de la direction de l'hôpital de l'oxygène transportable, du matériel d'intubation et des lits portables pliants.

À ce moment là, il y avait plusieurs solutions que l'équipe n'avait pas encore été en mesure de mettre en œuvre. La conversion de la salle de plâtre en une salle de déchoquage était encore en cours, étant donné que l'équipe n'avait pas fini de se procurer l'oxygène transportable et des lits transportables pliants. Elle n'était pas en mesure de former le personnel de manière continue pour chaque membre du personnel dans son domaine particulier de compétence. Une formation proposée en échographie était également abandonnée par manque de matériel et de temps. Le médecin au sein de l'équipe estimait aussi que celle-ci n'avait pas réussi à changer le niveau de motivation du personnel, tout en reconnaissant qu'il n'y avait pas de méthode claire pour y parvenir.

Leçons tirées de cette expérience

Un certain nombre d'enseignements ont été tirés du travail de l'équipe:

Le processus d'amélioration de la prise en charge des polytraumatisés choqués a procuré des avantages tant pour les clients que pour le service:

Avantages pour le client

- un taux de décès plus faible chez les polytraumatisés choqués
- une amélioration de la prise en charge d'autres maladies au service des urgences grâce à la mise en œuvre de nouvelles normes et à la réorganisation des services
- les patients avaient davantage confiance dans le service

Avantages pour le service

- amélioration du matériel (par exemple, l'oxygène portable pourrait également bénéficier à d'autres services)
- la meilleure prise en charge des polytraumatisés choqués diminue le coût des traitements médiocres
- un travail mieux organisé, donc moins fatigant
- des attentes et des responsabilités claires
- une plus grande satisfaction personnelle
- une diminution des responsabilités multiples dans l'emploi du temps des employés pris individuellement

Le soutien de l'administration de l'hôpital est essentiel et doit être obtenu dès le début. Une fois qu'elle a été capable d'établir les grandes lignes de ce qu'il fallait faire pour améliorer la qualité des services, l'équipe a reçu le soutien de l'administration de l'hôpital. Avec une volonté politique claire de soutenir les activités d'AQ, l'administration a facilité l'acquisition de matériel, a apporté un soutien logistique pour des réunions et a appuyé de son autorité la mise en œuvre de nouveaux changements. Sans ce soutien, de nombreux changements n'auraient pas été adoptés, comme l'augmentation des effectifs. Le soutien de l'administration a également permis d'atténuer certaines difficultés auxquelles se heurtait l'équipe, tels des problèmes de collecte de données, le manque de respect des nouvelles normes et le matériel insuffisant.

La résolution systématique de problèmes en équipe n'est pas nécessairement facile à mettre en place. Bien que la plupart des membres de l'équipe aient reçu une formation en AQ, nombre des mesures qui auraient dû leur paraître évidentes dès le début n'étaient pas aussi faciles à exécuter dans la pratique. Nombre de concepts – comme l'élaboration d'un diagramme de processus – étaient nouveaux. Le coaching relativement peu fréquent et le décalage dans le temps entre la formation et la première réunion de l'équipe (de sept à dix mois) auraient pu rendre l'apprentissage plus difficile. Les cycles futurs d'amélioration de la qualité à l'hôpital seront vraisemblablement plus efficaces, étant donné que le médecin au sein de l'équipe a maintenant été formé pour devenir coach au niveau national.

Le personnel infirmier peut initier des changements. Les médecins ne s'intéressaient pas initialement à l'AQ et c'est pour cette raison que la première catégorie formée a été le personnel infirmier. Toutefois, ce personnel formé en AQ s'est rendu compte que l'institution de changements serait difficile étant donné qu'il n'y avait que six infirmières parmi les 33 membres de l'équipe. Pour cette raison, l'équipe a impliqué deux personnes supplémentaires qui, à son avis, seraient favorables au travail en équipe et qui ont été choisies pour leur dynamisme, leur désir de changement et leur motivation – il y avait notamment un médecin. L'équipe a également trouvé que l'effort pour faire participer les médecins les plus réticents était le tournant décisif pour obtenir un changement. L'équipe d'amélioration de la qualité pour les polytraumatisés choqués était l'une des deux équipes pionnières de l'Hôpital Central de Kigali. Après avoir commencé à voir des résultats découlant de leurs efforts et la présentation de ces résultats au restant du personnel de l'hôpital, les médecins se sont montrés plus intéressés. Cela a débouché sur un plus grand nombre d'équipes à l'hôpital – en décembre 2001, il y avait 10 équipes au CHK.

“Les médecins arrivent toujours en dernier (...) Ils pensaient que l'AQ était une coquille vide. (...) mais, ce qui avait commencé par des coups, s'est terminé par des accolades”

Dr Bonaventure, membre de l'équipe

Le personnel était en mesure de mettre en œuvre par lui-même la plupart des changements, sans fonds supplémentaires. Selon le Dr Bonaventure, de 60 à 75% des changements étaient des choses que l'équipe pouvait faire par elle-même, comme la réorganisation du service, la formation du personnel en chirurgie et réanimation, et l'organisation d'une trousse de médicaments essentiels.

*“Le personnel infirmier blâmait les médecins, mais il devait comprendre deux choses. Premièrement, tant les médecins que le personnel infirmier doivent faire un effort, et deuxièmement, les médecins ne peuvent pas faire tomber des cailloux du ciel.”**

Dr Bonaventure, membre de l'équipe

* Expression qui signifie que les médecins ne peuvent pas faire l'impossible.

